



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
VAASA POLYTECHNIC

Maija Allila

ENSISYNNYTTÄJIEN TIEDONSAANTI SYNNYTYKSEN KIVUNLIEVITYSMENETELMISTÄ

Sosiaali- ja terveysala
2010

ALKUSANAT

Tämä opinnäytetyö on tehty Vaasan ammattikorkeakoulussa osana terveydenhoitajan ammattitutkintoa. Opinnäytetyö tehtiin syksyn 2009 ja kevään 2010 aikana.

Haluan kiittää kaikkia niitä, jotka ovat edesauttaneet työni valmistumista ja olleet mukana työni eri vaiheissa. Erityisesti haluan kiittää neuvoloiden henkilökuntaa, jotka ovat toimittaneet lomakkeet tutkittaville. Haluan kiittää myös puolisoani ja vanhempiani, jotka ovat mahdollistaneet työni valmistumisen.

Maija Allila

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Maija Allila
Opinnäytetyön nimi	Ensisynnyttäjien tiedonsaanti synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	68 + 3 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisista synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä ja miten paljon ensisynnyttäjät saavat tietoa äitiyshuollosta. Tutkimuksella haluttiin selvittää myös miten tärkeänä äidit pitivät tiedonsaantia ja miten tyytyväisiä äidit olivat tiedonsaantiin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä tiedonantoa äitiyshuollossa kivunlievitysmenetelmistä. Tutkimuskohteena olivat vuoden 2009 ensisynnyttäjät Kyrönmaalta.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jonka neuvoloiden henkilökunta toimitti 79 ensisynnyttäjälle Kyrönmaalla kevään 2010 aikana. Laihialla ja Vähässäkyrössä tutkittavat saivat lomakkeen postitse. Isossakyrössä tutkittavat saivat lomakkeen neuvolakäyntien yhteydessä. Aineiston kvantitatiivinen osuus analysoitiin SPSS 17.0 tilasto-ohjelman avulla ja kvalitatiivinen osuus induktiivisella sisällönanalyysillä.

Lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä eniten tietoa oli saatu epiduraalipuudutuksesta ja vähiten kipulääkkeistä. Lääkkeettömistä menetelmistä eniten tietoa oli saatu lämpöhoidosta ja vähiten akupunktiosta, -painannasta ja -hieronnasta. Tiedonsaantia valtaosa ensisynnyttäjistä piti erittäin tärkeänä ja suurin osa oli kohtalaisen tyytyväinen äitiyshuollon antamaan tietoon eri kivunlievitysmenetelmistä.

Tutkimustulokset osoittavat, että kivunlievitysmenetelmien tiedonannossa on äitiyshuollossa parantamisen varaa. Valtaosa ensisynnyttäjistä koki aiheesta tiedottamisen erittäin tärkeäksi.

Asiasanat	synnytys, kipu, synnytyksen kivunlievitysmenetelmät, äitiyshuolto
-----------	-------------------------------------------------------------------

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ABSTRACT

Author	Maija Allila
Title	Primigravida Women and Methods of Pain Relief during Labour
Year	2010
Language	Finnish
Pages	68 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

The purpose of this bachelor's thesis was to find out how well the primigravida women are provided with information about the labour pain relief methods within maternity care. A further purpose was to find out how important it was for mothers to get this information and how satisfied they were. The aim was that the results of this study could be used when developing maternity care. The target group included the primigravida women in the area of Kyrönmaa during the year 2009.

The research material was collected with a questionnaire which was delivered to 79 primigravida women by the staff in antenatal clinics in the area of Kyrönmaa in spring 2010. In the areas of Laihia and Vähäkyrö the questionnaires were sent by mail. In Isokyrö the questionnaires were given when the mothers visited the antenatal clinic. The quantitative material was analyzed with the SPSS Statistics 17.0-programme and the qualitative part with content analysis.

The mothers received most information about the epidural anesthesia and least about the pain medication. Of non-pharmaceutical methods they received most information about thermotherapy and least of acupuncture and acupressure. The primigravida mothers considered it to be very important that they receive information about the methods of pain relief and were also fairly satisfied with the information provided by the maternity care.

The results indicate that there is a need for improvement also. Most of the primigravida women felt that knowing about the pain relief was very important.

Keywords	Labour, Pain, Pain relief methods during labour, Maternity care
----------	--------------------------------------------------------------------

SISÄLLYS

ALKUSANAT	2
TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
1. JOHDANTO	8
2. SYNNYTYS	10
2.1 Avautumisvaihe.....	11
2.2 Ponnistusvaihe	12
2.3 Jälkeisvaihe	13
3. KIPU.....	15
3.1 Akuutti ja krooninen kipu	15
3.2 Synnytyskipu.....	16
3.2.1 Synnytyskipu synnytyksen eri vaiheissa.....	18
3.2.2 Synnytyskivun vaikutukset äitiin ja sikiöön	19
4. SYNNYTYKSEN KIVUNLIEVITYSMENETELMÄT	21
4.1 Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät	21
4.1.1 Aqua-rakkulat.....	21
4.1.2 Vesi ja lämpöhoito	22
4.1.3 Liikkuminen ja synnytysasennot.....	24
4.1.4 Hengitys ja rentoutuminen	25
4.1.5 Hieronta ja ihokosketus.....	27
4.1.6 Akupunktio, -painanta ja –hieronta.....	29
4.2 Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät.....	31
4.2.1 Typpioksiduuli	31
4.2.2 Farmakologinen kivunlievitys.....	33
4.2.3 Epiduraalipuudutus	34
4.2.4 Spinaalipuudutus	35
4.2.5 Paraservikaalipuudutus	36
5. ÄITIYSHUOLTO	38
5.1 Äitiyshuolto Suomessa.....	38

5.2 Äitiysneuvolatyö	39
5.3 Perhevalmennus	41
6. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	44
7. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	45
7.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu	45
7.2 Tutkimusmenetelmä.....	45
7.3 Aineiston analysointi.....	46
8. TUTKIMUKSEN TULOKSET	48
8.1 Vastaajien taustatiedot	48
8.2 Ensisynnyttäjien tiedonsaanti kivunlievitysmenetelmistä	50
8.3 Ensisynnyttäjien kokema tiedonsaannin tärkeys.....	53
8.4 Ensisynnyttäjien kokema tyytyväisyys tiedonsaantiin.....	54
9. JOHTOPÄÄTÖKSET.....	57
10. POHDINTA	58
10.1 Yhteenveto	58
10.2 Tutkimustulosten luotettavuus	59
10.3 Tutkimuksen eettisyys.....	61
10.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	63
LÄHTEET.....	64

LIITELUETTELO

LIITE 1 Kyselylomakkeen saatekirje

LIITE 2 Kyselylomake

LIITE 3 Sisällönanalyysi

1. JOHDANTO

Synnyttäminen on eräs merkittävimpiä tapahtumia naisten elämässä. Muisto synnytyksestä kulkee mielessä läpi koko elämän. (Haapio ym. 2009, 111.) Vaikka noin 95 % pitää synnyttämistä kivuliaana - osa tuntien sietämätöntä ja osa erittäin kovaa kipua - pystyy kivusta selviytymään, kun ymmärtää synnytykseen liittyvän kivun positiivisen merkityksen. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 317; Raussi-Lehto & Melender 2008, 35.)

Ensisynnyttäjät tarvitsevat usein huomattavasti enemmän kivunlievitystä synnytyksen aikana, sillä avautumisvaihe heillä on huomattavasti pidempi ja kivuliaampi uudelleensynnyttäjiin verrattuna (Eskola & Hytönen 2002, 229). Jokaisella synnyttäjällä tulee olla oikeus kipujen tehokkaaseen lievitykseen jos synnyttaja näin haluaa (Sarvela & Nuutila 2009, 1881). Synnytyskivun lievityksessä ei tarkoituksena ole kuitenkaan poistaa kipua kokonaan vaan vähentää sitä (Nylund ym. 2009, 13). Kivun hoitomahdollisuuksista kertomalla pystytään vähentämään pelkoa ja ahdistusta, jotka pahentavat kiputunteja (Sarvela & Nuutila 2009, 1882).

Synnytyskivun kokemisessa psykologisten tekijöiden osuus on suuri. Sen vuoksi raskauden ja synnytyksen aikaisten tunteiden kannalta voidaan riittävää tiedonsaantia pitää merkittävänä asiana. Drummondin ja Rickwoodin (1997) tekemän tutkimuksen mukaan tiedon saannilla yleensä on tärkeä rooli synnytykseen liittyvien pelkojen lievittämisessä ja perhevalmennuksella on tutkimusten mukaan saatu samansuuntaisia tuloksia (Melender 2002, Crowe & Von Bayer 1989) (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 49; Sarvela & Nuutila 2009, 1882.)

Tutkimukseen haettiin tietoa eri tietokannoista kuten Medicista ja ARTO:sta. Lisäksi hyödynnettiin alan kirjallisuutta, elektronisia julkaisuja ja artikkeleita. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka laadittiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta.

Tämän tutkimuksen avulla pyrittiin selvittämään miten tyytyväisiä ensisynnyttäjät ovat tämän hetkiseen tiedonsaantiin kivunlievitysmenetelmistä ja miten heidän mielestään tiedonsaantia voisi parantaa. Tutkimuksen tavoitteena oli lisäksi selvittää sitä miten tärkeänä ensisynnyttäjät kokevat kivunlievitysmenetelmistä kertomisen äitiyshuollossa ja millaisista menetelmistä sekä miten ensisynnyttäjät saavat tietoa äitiyshuollon kautta.

Tutkimusaihetta voidaan pitää hyödyllisenä, sillä aiempaa tutkimustietoa aiheesta ei ole saatavilla. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä äitiyshuollon kivunlievitysmenetelmistä annettavaa informaatiota.

2. SYNNYTYS

Täysiaikaisen raskauden kesto on keskimäärin 40 viikkoa laskettuna viimeisten kuukautisten alkamispäivästä. Normaali täysiaikainen synnytys tapahtuu 38.- 42. raskausviikolla. Mikäli lapsi syntyy ennen 37. raskausviikon loppua on kyseessä ennenaikainen syntymä, ja jos synnytys käynnistyy vasta 42. raskausviikon jälkeen puhutaan yliaikaisuudesta. (Eskola & Hytönen 2002, 95.)

Synnytyksellä tarkoitetaan kohdunsuun avautumista ja sikiön, istukan sekä sikiökalvojen poistumista kohtuontelosta (Eskola & Hytönen 2002, 211). Kansainvälisen määritelmän mukaan kyseessä on synnytys, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 raskausviikkoa, tai kun sikiö painaa vähintään 500 grammaa. Tätä ennen kyseessä on keskenmeno. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 325.)

Synnytyksen käynnistymisen perussyitä ei tiedetä. Vaikuttavia tekijöitä synnytyksen käynnistymiseen on kuitenkin useita. Kohtulihaksen estrogeenipitoisuus lisääntyy suhteessa progesteronipitoisuuteen, kohdun oksitosiinireseptoreiden määrä lisääntyy, kohdun kasvu ja venytys vaikuttavat mekaanisesti ja herkistävät kohtua supistuksiin sekä prostaglandiinisynteesi kohdunkaulassa, sikiökalvossa ja katokalvossa lisääntyy. Raskauden viimeisillä viikoilla kohtulihaksen supisteluherkkyys lisääntyy ja supistuksia voi esiintyä pienissä sarjoissa. Ennen synnytyksen alkamista kohdunkaula kypsyy vähitellen ja lyhenee tai häviää kokonaan riippuen pariteetistä. Synnytys voi käynnistyä lapsiveden menolla, säännöllisillä supistuksilla tai limatulpan irtoamisella. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 325-327.)

Normaalisti synnytys sujuu itsestään eikä sen kulkuun tarvitse puuttua mitenkään. Äidin ja sikiön vointia tarkkaillaan kuitenkin läpi koko synnytyksen, että mahdollisiin komplikaatioihin voidaan puuttua ajoissa. Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen, jotka ovat avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaihe. (Tiitinen 2009a.)

2.1 Avautumisvaihe

Synnytyksen ensimmäinen vaihe eli avautumisvaihe alkaa säännöllisillä vähintään 10 minuutin välein toistuvilla kohdun supistuksilla ja kohdunsuun alkaessa avautumaan. Avautumisvaihe kestää siihen saakka kunnes kohdunsuu on täysin avautunut 10 cm:iin, ja sikiön tarjoutuva osa on +2 tasolla eli lantionpohjalla. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 327.)

Ensisynnyttäjillä avautumisvaihe kestää keskimäärin 10-14 tuntia ja uudelleensynnyttäjillä hieman lyhempään, noin 6-10 tuntia. Kohdunsuun avautumisnopeutta on vaikeaa ennakoida etukäteen, mutta hidasta alkuvaihetta seuraa yleensä nopeampi edistyminen, ja avautumisvaiheen lopulla taas hidastuminen. Kohdunsuun avautumisnopeudeksi riittää ensisynnyttäjillä noin senttimetri tunnissa. Uudelleensynnyttäjillä kohdunsuu puolestaan avautuu yleensä nopeammin. Synnyttäjän kyky rentoutua ja mukautua supistuksiin vaikuttaa kohdun toimintaan positiivisesti, ja saattaa näin ollen nopeuttaa kohdunsuun avautumista. Avautumisvaiheen edetessä supistukset tihenevät 3-4 minuuttiin ja myös niiden kesto pitenee 45-60 sekuntiin. Supistusten kesto, voimakkuutta ja tiheyttä mitataan, jotta saadaan tietoa synnytyksen etenemisestä. (Eskola & Hytönen 2002, 211, 213; Ylikorkala & Kauppila 2004, 327-328.)

Ensisynnyttäjillä saattaa ennen varsinaisen avautumisvaiheen alkamista ilmetä niin sanottu latentti vaihe, jossa on kivuliaita supistuksia kohdunkaulan ollessa vielä osittain jäljellä ja kohdunsuun ollessa vain sormen verran auki. Heillä synnytyksen alkuvaihe saattaa kestää vuorokaudesta kahteen vuorokauteen ennen kuin kohdunsuu lähtee aukeamaan kunnolla ja synnytyksen ensimmäinen vaihe varsinaisesti alkaa. Pitkittynyt latentti vaihe voi olla ongelmallinen, sillä se vie synnyttäjän voimia jo alkuvaiheessa. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 327.)

Normaalissa synnytyksessä sikiö syntyy leuka rintaa vasten takaraivotarjonnassa. Sikiön pää on tällöin maksimaalisessa koukistuksessa eteenpäin ja synnytyskanavassa tarjoutuu alimpana pieni aukile. Sikiön topografisen aseman selvittäminen edellyttää pään rakenteiden tuntemusta, sillä yli 95 %:ssa

synnytyksissä sikiön tarjoutuvana osana on pää. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 327; Eskola & Hytönen 2002, 222.)

Avautumisvaiheen aikana kättilö tarkkailee äidin ja sikiön vointia säännöllisin väliajoin. Äidin vointia tarkkaillaan muun muassa mittaamalla verenpainetta, pulssia, lämpöä ja tutkimalla virtsan valkuaisia ja sokereita sekä tarkkailemalla emättimestä tulevan eritteen laatua ja määrää. Synnytyksen etenemisestä ja sikiön pään asemasta lantioon nähden saadaan tietoa vaginaalisen tutkimuksen avulla. Tutkimuksen tuloksen luotettavuutta lisää sitä ennen tehty ulkotutkimus, joista saatuja topografisia tietoja verrataan vaginaalisen tutkimuksen tuloksiin. (Eskola & Hytönen 2002, 222-223; Ylikorkala & Kauppila 2004, 331,-332.)

Sikiön vointia tarkkaillaan puolestaan muun muassa kardiotokografian (KTG) avulla, jolla rekisteröidään sikiön sykekäyrää ja kohdun supistuksia. Rekisteröinti voi olla vatsanpeitteiden päältä tapahtuva tai sisäistä, jolloin elektrodi on kiinnitettynä sikiön tarjoutuvaan osaan. Sikiön vointia tarkkaillaan seuraamalla myös lapsiveden väriä. Mikäli sikiön epäillään voivan huonosti, voidaan voinnin selvittämiseksi ottaa esimerkiksi tarjoutuvasta osasta mikroverinäyte. (Eskola & Hytönen 2002, 221-223; Ylikorkala & Kauppila 2004, 331.)

2.2 Ponnistusvaihe

Synnytyksen toinen vaihe eli ponnistusvaihe alkaa kun avautumisvaihe on päättynyt, eli kohdunsuun ollessa täysin avautunut 10 cm:iin ja sikiön pään ollessa laskeutunut äidin lantionpohjalle. Ponnistusvaiheen aikana synnyttävä työntää sikiön synnytyskanavan läpi avustajan tukiessa välilihaa, ja vaihe päättyy lapsen syntymään. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 328-340; Eskola & Hytönen 2002, 211.)

Normaalisynnytyksessä sikiön lakisauma on kiertynyt ponnistusvaiheeseen mennessä niin, että lakisauma tuntuu suorassa mitassa. Vaginaalisessa tutkimuksessa ponnistusvaiheessa kohdunsuun reunat eivät ole enää tunnettavissa.

Lantionpohjalle laskeutunut sikiön pää ei myöskään tunnu tässä vaiheessa ulkotutkimusta tehtäessä, sillä sikiön hartiat sijaitsevat yläaukeamassa. (Eskola & Hytönen 2002, 211; Ylikorkala & Kauppila 2004, 329.)

Ponnistusvaiheen aikana supistukset muuttavat luonnettaan avautumisvaiheeseen verrattuna. Supistukset tulevat usein voimakkaammiksi ja pidemmiksi. Kun sikiön tarjoutuva osa painaa synnyttäjän peräsuolta synnyttäjä tuntee ponnistamisen tarvetta, joka muuttuu nopeasti ponnistamisen pakoksi. Synnytyksen edistymisen kannalta äidin oma aktiivinen ponnistaminen on tarpeen, sillä pelkät supistukset eivät enää riitä edistämään synnytystä. (Eskola & Hytönen 2002, 224.)

Ensisynnyttäjillä ponnistusvaihe kestää keskimäärin puolituntia ja uudelleensynnyttäjillä hieman lyhyempään, noin 15-30 minuuttia. Ensisynnyttäjillä ponnistusvaihe on kestoaltaan pidempi, sillä pehmytosavastus on suurempi. Ponnistusvaiheen keston ja etenemiseen vaikuttavat myös muut tekijät, kuten sikiön koko, supistusten tiheys ja voimakkuus, synnytysasento sekä työntöjen tehokkuus. (Eskola & Hytönen 2002, 211, 223-224.)

Lähes aina ponnistusvaiheen aikana sikiön sykekäyrään ilmestyy syviä supistuksenaikaisia hidastumia, jotka kuitenkin palautuvat nopeasti ennalleen. Tilanne on normaali, mutta pitkittyessään se voi huonontaa sikiön hapensaantia. Tilanne saattaa silloin vaatia synnytyksen auttamista esimerkiksi imukupin avulla. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 330.)

2.3 Jälkeisvaihe

Synnytyksen viimeinen vaihe eli jälkeisvaihe alkaa lapsen synnyttyä ja päättyy jälkeisten eli istukan, napanuoran ja kalvojen syntymiseen. Vaihe kestää normaalisti muutamasta minuutista puoleen tuntiin. (Eskola & Hytönen 2002, 224.)

Lapsen synnyttyä äidille voidaan antaa kohtua supistavaa lääkettä suoneen tai

lihakseen. Lääkkeen tarkoituksena on edistää kohdun supistumista ja sen kautta helpottaa istukan irtoamista. Tavallisimmin käytetty lääkeaine on synteettisesti valmistettu oksitosiini. Kohdun nopea supistuminen lapsen synnyttyä ehkäisee verenvuotoa, sillä hemostaasi kohdussa syntyy kohdun supistuessa ja verisuonten puristuessa. Istukka poistetaan kevyesti vatsan päältä painaen ja samalla kevyesti vetäen napanuorasta. Mikäli istukka ei jostain syystä irtoa näin, se joudutaan irrottamaan anestesiassa käsin. (Eskola & Hytönen 2002, 224; Ylikorkala & Kauppila 2004, 330.)

Synnytyksen jälkeisvaiheen aikana kohdusta vuotaa verta keskimäärin 500 millilitraa. Raskauden aikana äidin verivolyymi on kasvanut ja varautunut verenvuotoon. Osa vuodosta tulee episiotomiasta, joka ommellaan istukan poistumisen jälkeen. Synnyttäjällä kykenee kestämään noin litran verenhukan ilman verensiirtoa. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 330.)

3. KIPU

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (IASP=International Association for the study of pain) määrittelee kivun seuraavasti: ”kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosvaurioon tai jota kuvataan kudosvaurioin käsittein.” (Salanterä ym. 2006, 7). Kokonaiskipu muodostuu psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta kivusta sekä kulttuurillisesta, hengellisestä ja yhteisöllisestä tekijöistä. Kokonaiskivun tuntemukseen liittyvien tekijöiden tietäminen auttaa ymmärtämään kipupotilaan tuntemuksia ja tunnistamaan erilaisia kipukokemuksia. (Sailo & Vartti 2000, 30.)

Kivun tunteen voivat laukaista monet erilaiset kehoon kohdistuvat ärsykkeet. Yhteistä ärsykeille on se, että ne joko uhkaavat aiheuttaa tai aiheuttavat kudosvauriota. Kipu poikkeaa muista aisteista siinä, että kipu aktivoi sympaattisen hermoston toimintaa, eli aikaansaa muun muassa sydämen sykkeen nopeutumista ja verenpaineen nousua. Kipuaisti on ihmisen hengissä säilymisen kannalta tärkein aisti. (Bjälle ym.2007,105.)

3.1 Akuutti ja krooninen kipu

Akuutilla eli lyhytaikaisella kivulla on ensisijaisesti ihmisen elimistöä suojaava merkitys. Se varoittaa kudosvauriosta ja estää lisävaurioiden syntymistä väistöheijasteen avulla. (Kalso & Vainio 2002, 86.) Akuuttia kipu voidaan pitää mielekkäänä, sillä sen syy on tiedettävissä ja kivun oletetaan lievittyvän ajallaan asianmukaisen hoidon avulla. Asianmukaisella ja ajoissa aloitetulla kivun hoidolla voidaan myös ehkäistä kivun kroonistumista. (Sailo & Vartti 2000, 34-35.)

Kipu on kroonista, kun se kestää yli 3- 6 kuukautta. Krooninen kipu voidaan myös määritellä niin, että se kestää pidempään kuin mitä kudoksen normaali, odotettu paranemisaika on. Kipu voi olla kroonistuessaan myös ajoittaista, mutta toistuvaa kuten esimerkiksi migreeni. Krooninen kipu ei toimi elimistön varoitusmerkinä, vaan on sairaus eikä lievyt yhtä helposti kuin akuutti kipu. Akuutti ja krooninen kipu eroaa toisistaan myös siten, että krooninen kipu aiheuttaa hermostoon

pysyviä muutoksia kun taas akuutti kipu ei jätä jälkeä keskushermostoon. (Sailo & Varti 2000, 34-35; Kalso & Vainio 2002, 86.)

3.2 Synnytyskipu

Lähes kaikki synnyttäjät pitävät synnyttämistä kivuliaana. Puolet synnyttäjistä kokee erittäin kovaa ja joka viides tuntee sietämätöntä kipua synnytyksen aikana. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 332.) Synnytystä voidaankin pitää yhtenä voimakkaimpina kipukokemuksina naisten elämässä. Terveen vastasyntyneen saaminen helpottaa kivun unohtamista, muttei kuitenkaan vähennä synnytyksen aikaista kipukokemusta. (Jaakola 2008, 30.) Synnyttäminen on aktiivista työtä, jonka aikana tehdään yhteistyötä kivun kanssa. Avainasemassa synnytyskivusta selviytymiseen on ymmärtää kivun positiivinen merkitys. (Raussi-Lehto & Melender 2008, 35.) Synnytyskipu eroaa muista kivuista sen myönteisen lopputuloksen suhteen (Sarvela & Nuutila 2009, 1881).

Synnytyskipu on merkki synnytyksen alkamisesta ja se antaa tietoa synnytyksen eri vaiheista sekä ohjaa synnyttäjää erilaisiin asentoihin ja oikeanlaiseen hengittämiseen. (Liukkonen ym. 1998, 29; Sarvela & Nuutila 2009, 1881.) Jotkut synnyttäjistä kokevat kivun tärkeäksi osaksi synnystä, minkä avulla he tuntevat kasvavansa naisena ja ihmisenä, kun taas osa ei näe mitään arvoa kivun kokemiseen (Sarvela & Nuutila 2009, 1881).

Synnytyskivun objektiivinen mittaaminen on hankalaa, sillä kyseessä on vahvasti psyykkinen ilmiö (Liukkonen ym. 1998, 27). On todettu, että synnytyksiä hoitava henkilökunta aliarvioi toisinaan synnyttäjän kokeman kivun intensiteettiä ja yliarvioi farmakologisen kivunlievityksen tehokkuutta. Täysin kivutonkaan synnytys ei kuitenkaan kykene takaamaan synnyttäjän tyytyväisyyttä synnytykseen. (Raussi-Lehto & Melender 2008, 35.) Parhaiten kivun voimakkuutta kykenee arvioimaan synnyttäjä itse (Jaakola 2008, 30).

Synnytyskivun kokemus on monimutkaisten psykososiaalisten ja fysiologisten

tekijöiden summa yhdistettynä naisen yksilölliseen tulkintaan synnytyskivun tuottamasta kipustimulaatiosta (Raussi-Lehto ja Melender 2008, 35). Synnytyskivun kokemisessa on suuria yksilöllisiä eroja. Kivun kokemisen voimakkuuteen vaikuttavat muun muassa supisten voimakkuus ja kesto, lapsen ja äidin lantion koko, sikiön poikkeava tarjonta, sikiön koko ja asento sekä synnyttäjän yleisvointi. (Kalso & Vainio 2002, 248; Raussi-Lehto & Melender 2008, 35; Sarvela & Nuutila 2009, 1881.) Myös synnyttäjän uskonnollisella, kulttuurillisella ja rodullisella taustalla sekä muun muassa äidin persoonallisuudella, kivun kokemisen herkkyydellä sekä monenlaisilla elämäntilanteeseen, raskauteen ja synnytykseen liittyvillä tekijöillä on vaikutuksensa kivun kokemiseen. (Eskola & Hytönen 2002, 228.)

Aiemmillä synnytyksillä, äidin iällä, hoitokäytännöillä, emotionaalisilla ja motivationaalisilla tekijöillä on todettu olevan vaikutusta synnytyskivun kokemisen intensiteettiin. Kipua synnytyksen aikana saattavat lisätä muun muassa epävarmuus tulevasta, synnytyspelko, ahdistuneisuus, huono tai epävarma suhde puolisoon tai omaan raskauteen ja äitiyteen. Myös tilapäiset tekijät kuten väsymys, ulkoiset haitat synnytyssalissa ja unen puute saattavat vaikuttaa äidin kiputuntemuksiin. (Sarvela & Nuutila 2009, 1881; Kalso & Vainio 2002, 248; Raussi-Lehto & Melender 2008, 35; Liukkonen ym. 1998, 29.)

Raskaus vaikuttaa opioidireseptoreihin nostaen kipukynnystä ja kehon omien endorfiinien pitoisuuksia niin, että ne ovat suurimmillaan synnytyksen aikana. Myös kivun aiheuttama stressi käynnistää elimistön omien kipua lievittävien endorfiinien tuotannon. (Liukkonen ym. 1998, 29; Raussi-lehto & Melender 2008, 35.) Synnytykseen liittyvistä kivuista huolimatta synnytys voi antaa naiselle tärkeän kokemuksen omasta kehosta, jos synnyttäjällä on mahdollista toimia oman kehon tuntemusten mukaan. Kivuliaisuus vaikuttaa paljon synnytyskokemuksen kielteisyyteen tai myönteisyyteen. (Liukkonen ym. 1998, 23.) On muistettava, että synnytyskivulla on merkityksensä ja tehtävänsä. Se on välttämätöntä mahdollisimman turvalliselle, onnistuneelle ja voimaannuttavalle

synnytykselle ja syntymälle (Miettinen 2009, 21.)

3.2.1 Synnytykipu synnytyksen eri vaiheissa

Synnytyksen ensimmäisen vaiheen eli avautumisvaiheen aikana synnytykipu on viskeraalista: tylppää, jomottavaa ja epämiellyttävää (Jaakola 2008, 30). Kipu johtuu lähinnä kohdunsuun ja kohdun alakanavan avautumisesta sekä kohdun supistuksiin liittyvästä kudosten venymisestä. Vaiheen alussa synnyttäjä kokee kivun alavatsan, alaselän ja lantion alueella. (Kalso & Vainio 2002, 246-247.) Joillakin synnyttäjillä kipu tuntuu eniten ristiselän alueella (Ylikorkala & Kauppila 2004, 332). Synnytyksen aktiivivaiheessa, kun kohdun kaulakanava on avautunut yli 4 cm:iin, kipu voimistuu, tuntuu terävämmältä laajentuen myös Th 10-L1- segmentteihin. Tässä vaiheessa myös supistusten kesto pitenee. (Jaakola 2008, 30.)

Synnytyksen toisen vaiheen eli ponnistusvaiheen kipu aiheutuu kohdun supistusten yhteydessä kohdun alaosan venytyksestä polttojen aikana. Sikiön ulos työntyminen painaa lantion kipuherkkiä rakenteita, venyttää ulostulo kanavaa ja perineumia eli välilihaa. Kun venytys lisääntyy lihaskalvot ja ihonalaiset kudokset repeytyvät ja perineumiin kohdistuva paine lisääntyy. Perineumin alueen kipu tuntuu terävältä ja se paikallistuu lähinnä pudendaalihermon alueelle. Osa synnyttäjistä kokee ponnistusvaiheen aikana polttavaa, kramppimaista ja särkevää kipua reisissä. Se johtuu lantion rakenteisiin kuten kohdun ligamentteihin, virtsarakkoon ja peräsuoleen kohdistuvasta venytyksestä ja paineesta sekä lumbosakraalipleksuksen hermojen puristuksesta (Kalso & Vainio 2002, 246-247.)

Ponnistusvaiheen aikana kipu koostuu viskeraalisen kivun lisäksi myös somaattisesta kivusta (Nuutila & Halonen 2003, 50). Kipu koetaan polttavana, terävänä, särkevänä ja se on selkeämmin paikallistettavampaa kuin avautumisvaiheessa. (Jaakola 2008, 30.) Ensisynnyttäjillä somaattinen kipu tuntuu aiemmin kuin monisynnyttäjillä, sillä monisynnyttäjillä sikiön pää alkaa työntyä

lantioon usein vasta sitten kun kohdunsuu on täysin avautunut. (Nuutila & Halonen 2003, 50.)

Synnytyksen viimeisessä vaiheessa eli jälkeisvaiheessa jälkisupistukset aiheuttavat lievempää kipua kuin avautumisvaiheen aikaiset supistukset. Kipua jälkeisvaiheen aikana saattaa tuottaa perineumin alueen repeämät ja episiotomia, jotka puudutetaan ja ommellaan viimeisen vaiheen aikana. (Liukkonen ym. 1998, 30.)

3.2.2 Synnytyskipun vaikutukset äitiin ja sikiöön

Synnytyskipu voi olla haitallista sekä synnyttäjälle että lapselle. Supistuksiin liittyvä synnytyskipu stimuloi hengitystä voimakkaasti, jonka seurauksena hengitystaajuus voi nousta 60-70:een minuutissa ja hengityksen kertatilavuus 2,25 litraan. Hyperventilaation seurauksena veren hiilidioksidi pitoisuus alenee voimakkaasti eli kehittyy hypokapnia ja respiratorinen alkaloosi eli elimistön happo-emästasapainon häiriö. Häiriö ilmenee muun muassa pahanolon tunteena, puutumisenä ja kouristuksina raajojen ääreisosissa. Supistusten välillä hypokapnia saattaa aiheuttaa hypoventilaatiota, joka pahentaa sikiön kudosten hapensaantia. (Kalso & Vainio 2002, 248; Jaakola 2008, 30; Eskola & Hytönen 2002, 221.)

Synnytyksen aikana synnyttäjän sydämen iskutilavuus voi nousta 150 %:iin lähtötilanteesta kipujen mukana. Systolinen verenpaine voi nousta 20:stä 30:een mmHg:tä ja diastolinen verenpaine 15:stä 20:een mmHg:iä. Terveet synnyttäjät kestävät hyvin nämä verenkiertoelimistöön kohdistuvat muutokset, jotka lisäävät sydämen vasemman puolen työmäärää. Sydänsairaille, raskausmyrkytystä kärsivillä, verenpainetauti sairastavilla ja voimakasta anemiaa potevilla synnyttäjillä sen sijaan näillä verenkiertoelimistön muutoksilla voi olla vakaviakin seuraamuksia. (Kalso & Vainio 2002, 248.)

Synnytyskipu vaikuttaa myös aineenvaihduntaan sekä hormonitoimintaan. Sympaattisen aktiivisuuden lisääntyminen kiihdyttää sekä aineenvaihduntaa että hapenkulutusta. Aineenvaihdunnan kiihtymisen ja respiratorisen alkaloosin

seurauksena saattaa kehittyä metabolinen asidoosi eli elimistön nesteiden liiallinen happamoituminen, joka välittyy myös sikiöön. Monilla synnyttäjillä ruuansulatuskanavan ja virtsateiden toiminta lamaantuu stressivasteen seurauksena. Mikäli synnyttäjälle joudutaan suorittamaan toimenpiteitä yleisanestesiassa, hidastunut mahalaukun tyhjentymisen aiheuttaa lisääntyntä aspiraatoriskiä. (Kalso & Vainio 2002, 248-249.)

Synnytyskipu lisää myös stressihormonien erittymistä. Katekoliamiinien vapautuminen heikentää supistuksia, supistaa kohdun verisuonia ja vähentää istukkaverenkiertoa, jonka terve sikiö kestää kuitenkin hyvin. Mikäli istukkaverenkierto on jo syystä tai toisesta heikentynyt saattaa tilanne aiheuttaa sikiölle huomattavan lisäriskin. Tehokas kivunlievitys tällaisissa tilanteissa on tärkeää, sillä kivunhoito vähentää synnyttäjän katekoliamiinipitoisuuksia 50 %:lla ja parantaa sekä äidin että sikiön hapensaantia. (Kalso & Vainio 2002, 250; Sarvela & Nuutila 2009, 1882.)

Kipuun liittyy usein lihasjännitystä, joka hidastaa synnytystä. Voimakkaat synnytyksen aikaiset kivut saattavat aiheuttaa myös psyykkisiä seuraamuksia äidille. Ne saattavat vaikuttaa äidin ja lapsen kehittyvään suhteeseen, naisen sukupuolielämään ja synnyttäjän suhtautumisiin tuleviin raskauksiin. Voimakas synnytyskipu saattaa myös uuvuttaa äidin ja johtaa synnyttäjän tilanteen hallinnan menettämiseen. Riskisynnyttäjillä kovat supistuskivut lisäävät sairastavuutta, jonka seurauksena sikiön hyvinvointi saattaa vaarantua. (Kalso & Vainio 2002, 250; Eskola & Hytönen 2002, 228; Jaakola 2008, 30.)

4. SYNNYTYKSEN KIVUNLIEVITYSMENETELMÄT

Synnytyskivun lievitykseltä edellytetään, ettei se vaikuta haitallisesti synnyttäjään, sikiöön tai synnytyksen kulkuun. Synnytyskivun lievityksen tarkoituksena on lievittää kipua, ei kokonaan poistaa sitä. Tärkeä osa turvallista ja inhimillistä synnytystä on yksilöllisesti valittu sekä nopeasti saatavilla oleva kivunlievitys. (Eskola & Hytönen 2002, 228; Nylund ym. 2009, 13; Raussi-Lehto & Melender 2008, 35.)

Kivunlievitykseen on mahdollista käyttää joko lääkkeettömiä tai lääkkeellisiä menetelmiä sekä niiden yhdistelmiä. Yksi tärkeimmistä osatekijöistä myönteisen synnytyskokemuksen saavuttamiseksi onkin hyvä kivunlievitys käyttäen molempia kivunlievitysmenetelmiä (Jaakola 2008, 33). Kivunlievityksen suunnittelussa on huomioitava synnytykseen liittyvät mahdolliset erityispiirteet, syntyvän lapsen hyvinvointi ja synnytyksen edistyminen. (Liukkonen 1998, 11.)

Perustana synnytyksen kivunlievitykselle on synnyttäjän yksilölliset tarpeet. Kivunlievitykseen liittyvän päätöksenteon lähtökohtana on synnyttäjän arvojärjestelmä sekä hänen tavoitteensa ja tarpeensa. Synnyttäjän päätöksenteon on perustuttava tietoihin valintoihin, joissa synnyttäjällä on tietoa käytössä olevista kivunlievitysvaihtoehdoista, niiden seurauksista ja, että hän myös ymmärtää ne. Äidin toiveita ei kuitenkaan aina voida toteuttaa synnytyksen aikana, mikäli synnytyksessä ilmenee tilanteita joissa syntyvän lapsen hyvinvointi on uhattuna. Tällöin lapsen hyvinvointi joudutaan asettamaan synnyttäjän tarpeiden edelle. (Raussi-Lehto & Melender 2008, 35; Liukkonen ym. 1998, 12.)

4.1 Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät

4.1.1 Aqua-rakkulat

Aqua- eli vesirakkulat ovat yksi helpoimmin toteutettavissa olevia kivunlievitysmenetelmiä synnytyksessä. Menetelmässä kätilö ruiskuttaa

injektioneulalla steriiliä vettä ihon pinnan alle 4-5 kohtaan alueelle, jossa synnyttäjä tuntee voimakkainta kipua. Tavallisesti aqua-rakkuloita laitetaan selän ja vatsan puolen pahimpiin kipupisteisiin. Injektion annon seurauksena synnyttäjä tuntee pistokohdissa voimakkaan polttavaa kipua, joka kuitenkin häviää noin minuutin kuluttua. Samalla synnytyskipu lievittyy tai häviää kokonaan noin 1-2 tunniksi suurimmalla osalla synnyttäjistä. (Eskola & Hytönen 2002, 229; Viitanen & Porthan 2002, 4-5; Raussi-Lehto & Melender 2008, 37.)

Aqua-rakkuloiden laitton etuina on, että niitä voidaan pistää missä tahansa synnytyksen vaiheessa ja käsittelyn voi tarvittaessa uusaa. Rakkuloiden pistäminen ei heikennä sikiön hyvinvointia, hidasta synnytyksen etenemistä eikä myöskään heikennä supistuksia. Aqua-rakkuloiden on todettu vähentävän synnyttäjien kokemaa selkäkipua merkittävästi. Kivunlievityksen seurauksena synnyttäjä kykenee rentoutumaan ja näin ollen kohdunsuu avautuu nopeammin. Aqua-rakkuloita voidaan laittaa synnyttäjällä muun kivunlievityksen ohella ja niiden laitto ei estä synnyttäjän liikkeellä oloa. (Eskola 2002, 229; Viitanen & Porthan 2002, 4-5; Nylund ym. 2009, 14.)

Rakkuloiden antamisen heikkoutena voidaan puolestaan pitää niistä saadun vaikutuksen lyhytaikaisuutta sekä, sitä etteivät ne aina auta vatsanpuolella tuntuvaan kipuun. Aqua-rakkuloiden anto on kuitenkin sivuoireeton niin äidille kuin sikiöllekin. (Eskola & Hytönen 2002, 229; Viitanen & Porthan 2002, 4-5.)

4.1.2 Vesi ja lämpöhoito

Vesi on luonnollinen ja miellyttävä keino kipujen lievitykseen sekä rentoutumiseen synnytyksen aikana. Vesisyntyyksellä voidaan tarkoittaa minkä tahansa vesielementin käyttöä synnytyksen eri vaiheissa. Näitä ovat esimerkiksi suihkun käyttö, lämmin kylpy tai koko synnytyksen hoitaminen altaassa. (Hirvonen 1998, 9.)

Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että avautumisvaiheen aikainen kylpy vähentää

kipulääkityksen käyttöä ja synnyttäjän kokemaa kipua. Lämpimällä kylvyllä ei ole negatiivisia vaikutuksia synnytyksen keston, operatiivisen synnytyksen tarpeeseen eikä vastasyntyneeseen (Raussi-Lehto & Melender 2008, 36). Monet synnyttäjät kokevat synnytyskivun muuttuvan vedessä siedettävämmäksi. On myös todettu, että veteen meno vähentää painovoiman vaikutusta, tuntoaistin ärsytystä ja stressihormonien eritystä sekä vilkastuttaa ääreisverenkiertoa. Lämpimän veden katsotaan myös nostavan kipukynnystä, lisäävän kudosten aineenvaihduntaa, tehostavan kohdun supistustoimintaa sekä edistävän kohdunsuun avautumista. (Hirvonen 1998, 24, 20-21; Liukkonen ym. 1998, 89.)

Ammetta synnytyksen aikana voi käyttää synnyttäjää, jonka raskaus on sujunut normaalisti. Vesi lämmitetään noin 37-asteiseksi, eli mahdollisimman lähelle äidin omaa ruumiinlämpötilaa. Liian kuumassa vedessä äidin ruumiinlämpötila nousee aiheuttaen sikiölle tukalan olon, sillä sikiö ei osaa haihduttaa lämpöä itse. Sikiön vointia seurataan sydänääniä kuuntelemalla noin puolen tunnin välein. Ammeen valinnassa tulee kiinnittää huomiota sen kokoon. Ammeen tulisi olla riittävän suuri ja sallia synnyttäjän asennon vaihtelut. (Viitanen & Porthan 2002, 4; Hirvonen 1998, 58,61-62; Liukkonen ym. 1998, 92.)

Suomessa lämpimän vesialtaan käyttö synnytyksen ensimmäisen vaiheen kivunlievittäjänä on lisääntynyt (Jouppila & Jouppila 2005, 771). On todettu, että veden kudoksia pehmentävä vaikutus vähentää ratkaisevasti välilihan leikkaamisen tarvetta ja repeämiä. Lisäksi vesialtaan käyttö synnytyksen aikana saattaa jopa nopeuttaa synnytystä. Vaikutuksen katsotaan toteutuvan parhaiten, kun kohdunsuu on avautunut jo 4-5 cm:iin. Liian varhainen altaaseen meno saattaa kuitenkin lopettaa alkaneet supistukset, mutta tilanne saadaan yleensä korjatuksi synnyttäjän noustessa vedestä pois. Synnytyksen kokonaiskeston vesialtaan käytöllä ei näytä olevan vaikutusta. (Hirvonen 1998, 20-21, 56.) Suihkun käyttö vesialtaan korvikkeena on hyvä vaihtoehto, mikäli vesialtaaseen ei syystä tai toisesta pääse (Nylund ym. 2009,14).

Erilaisia lämpöä tuottavia apuvälineitä käytetään myös kivunlievitykseen

synnytyksen aikana. Lämpöhoito kohdistetaan tavanomaisesti selän, alavatsan, nivusten tai välilihan alueelle. Lämmönlähteenä voidaan käyttää muun muassa kuumavesipulloja, riisi- ja kaurapusseja, kuumaan veteen kasteltuja pyyhkeitä tai lämpöhuopaa. (Raussi-Lehto & Melender 2008, 36-37.) Lämpöhoito laukaisee lihasjännitystä ja ne soveltuvat käytettäväksi etenkin synnytyksen alkuvaiheeseen, jolloin kipu on vielä lievempää. (Jaakola 2008, 31).

Lämpöhoidon avulla saadaan aikaan paikallinen kivunlievitys ja niiden avulla voidaan rentouttaa jännittyneitä lihaksia. Lämpöhoidon käyttö yhdistettynä puudutteen käyttöön edellyttää kuitenkin varovaisuutta, sillä puudutetulla alueella synnyttäjää saattaa sietää normaalia kuumempia lämpötiloja. (Raussi-Lehto & Melender 2008, 37.)

4.1.3 Liikkuminen ja synnytysasennot

Liikkumisella ja asentohoidolla on suuri merkitys koko synnytyksen ajan. Avautumisvaiheessa synnytyskipujen on todettu olevan merkittävästi lievempiä istuma- tai pystyasennossa kuin makuulla. Synnyttäjät, jotka kykenevät olemaan liikkeellä synnytyksen aikana pystyvät myös suuremmalla todennäköisyydellä selviytymään ilman lääkkeellistä kivunlievitystä. (Raussi-Lehto & Melender 2008, 36.)

Liikkeelläoloa suositellaan synnytyksen avautumisvaiheen aikana, mikäli siitä ei aiheudu riskiä syntyvän lapsen hyvinvoinnille. Liikkuminen ja asentojen vaihtelut nopeuttavat kohdunsuun avautumista, tehostavat supistusten voimakkuutta, vähentävät kipuaistimusten tuntemista, parantavat kohtuverenkiertoa sekä sikiön hapensaantia. Välilihan repeämisriski eri asennoissa pienenee ja psykologisesta näkökulmasta katsottuna synnyttäjän kokema tilanteen hallinta paranee kun hän seisoo omilla jaloillaan. (Nylund ym. 2009, 14; Liukkonen ym. 1998, 74.) Asentojen löytymistä voidaan helpottaa erilaisten apuvälineiden, kuten keinutuolin, säkkituolin, tyynyjen tai fysiopallon avulla (Holma Liisa, Lehtovirta Maria, Visala Heidi 2009, 6).

Nykyään suurin osa länsimaalaisista naisista synnyttää selällään tai puoli-istuvassa asennossa (Holma ym. 2009, 6). Ponnistusvaiheen aikana synnyttäjä voi helpottaa oloaan ja lapsen ulos ponnistamista erilaisten asentojen sekä liikkumisen avulla. Erilaisia ponnistusasentoja ovat muun muassa kylkimaku-, kyykky-, puoli-istuva tai istuma-asento sekä konttausasento. (Liukkonen 1998, 80-82.)

Tutkimusten mukaan ponnistusasentoja ei voida laittaa ehdottomaan paremmuusjärjestykseen, mutta pystyasennoilla on todettu olevan runsaasti myönteisiä seurauksia. Pystyasentojen on katsottu lyhentävän ponnistusvaihetta, tehostavan supistusten voimakkuutta, vähentävän episiotomioita ja repeämiä, sekä antavan paremman painovoiman avun lapsen laskeutumiseen ja lantion tilavuuden lisääntymiseen. Tosin pystyponnistusasennoissa riski yli 500 ml:n verenvuotoihin on suurempi kuin muissa ponnistusasennoissa. (Missonen & Väisänen 2008, 58; Pikkarainen ym. 2005, 167.)

Hyvä ponnistusasento on olennainen tekijä, jotta lapsi pääsee syntymään ja synnyttäjä saa ponnistuksilleen oikean suunnan (Missonen & Väisänen 2008, 58). Maailman terveysjärjestön WHO:n julkaisu normaalin synnytyksen hoitosuosituksesta (1997) pitää tärkeänä synnyttäjän oikeutta valita itse ponnistusasentonsa (Missonen & Väisänen 2008, 59). Myös nykyiset tutkimustulokset suosittelevat synnyttäjän oikeutta ponnistusasennon valintaan (Pikkainen, Rintala, Sillankorva 2005, 166). Selinmakuuasentoa tulisi kuitenkin välttää, sillä se saattaa aiheuttaa hypotensiota, istukkaverenvirtauksen heikkenemistä ja sikiön hypoksiaa eli hapenpuutetta. (Pikkarainen ym. 2005, 167.)

4.1.4 Hengitys ja rentoutuminen

Oikeanlaisen hengitystavan avulla voidaan vähentää kipuja usealla tavalla. Kivun tunteminen vähenee synnyttäjän rentoutuessa ja keskittäessä ajatuksensa pois kivusta tilanteeseen sopivan hengityksen avulla. Erityisiä hengitystekniikoita ei kannata käyttää tarpeettomasti, vaan synnytyksen kannalta edullisin hengitystapa

on normaali, rento hengittäminen. Äidin oikea hengitystapa varmistaa sikiön hyvinvoinnin, sillä sikiö on täysin riippuvainen äidin kohtuun tuottamasta hapesta. (Liukkonen ym. 1998, 48; Raussi-Lehto & Melender 2008, 36.)

Synnyttäjän olisi hyvä tiedostaa tavallisen, rauhallisen ja rentouttavan hengityksen avun synnytyksen edistäjänä. Normaali ja vapaa hengitys estää vartalon jännittymistä sekä säästää synnyttäjän voimia. Hyvä hengittäminen ei välttämättä yksin riitä synnytyksen kivunlievittäjäksi, mutta se auttaa lisäämään keskittymistä, jolloin kivun tuntemukset vähenevät. (Liukkonen 1998, 53.)

Yleensä synnyttäjä saa itse valita mieleisensä hengitystavan. Kätilö voi kuitenkin ohjeistaa synnyttäjää hengitystekniikan valinnassa näyttämällä esimerkkiä omalla hengityksellään, mikäli synnyttäjän hengittäminen ei suju toivotulla tavalla. Näin voidaan välttää synnyttäjän hengityksen keinotekoista pidättämistä ja hyperventilaatiota eli ylihengitystä. Rytmisen hengityksen esimerkiksi vähentää lihasjännitystä, jolloin se vaikuttaa sekä suoraan että epäsuoraan synnytyskipuun. (Liukkonen ym. 1998, 51; Eskola & Hytönen 2002, 221.)

Hengittäminen ja rentoutuminen ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Mikäli synnyttäjä kykenee rentoutumaan, yleensä hengittäminenkin sujuu ongelmitta. Avain rentoutumiseen on usein hengityksen tasaaminen ja syventäminen. Hengittäminen onkin usein perusta myös erilaisissa rentoutumismenetelmissä. Hengitysharjoitusten avulla voi oppia kontrolloimaan ja tehostamaan hengitystä. (Liukkonen ym. 1998, 60; Raussi-Lehto & Melender 2008, 36; Moland, Blikstad, Oian 2009, 25.)

Rentoutuminen on tahdonalaisten lihasten rentouttamista ja ajatusten tyhjentämistä. Rentoutumisen kyky synnytyksen aikana on yksi tärkeimmistä asioista. Rentoutunut synnyttäjä kykenee toimimaan yhteistyössä oman kehonsa kanssa. Rentoutuessa kohtu kykenee työskentelemään tehokkaammin, kohdunsuu avautuu nopeammin ja kivunsieto tehostuu. Erilaisia rentoutumisharjoituksia olisi hyvä harjoitella jo useita kuukausia ennen laskettua aikaa. Rentoutumishoidon

huonoina puolina voidaan pitää sitä, että mikäli avautumisvaihe jatkuu pitkään äiti saattaa väsyä yrittäessään rentoutua. Lihasrentoutumisen vaikutusta ei ole tieteellisesti todistettu, joten sen vaikutukseen suhtaudutaan epäillen. (Liukkonen ym. 1998, 65-66, 71.)

Erilaisia rentoutumismenetelmiä ovat muun muassa meditaatio, hieronta ja mielikuvien luominen. Myös erilaiset rentoutumisen apuvälineet, kuten voimistelupallo ja keinutuoli voivat auttaa synnyttäjää sietämään kipua paremmin. (Liukkonen ym. 1998, 66; Sarvela & Nuutila 2009, 1884.)

Eräänä rentoutumismenetelmänä on myös äänen käyttö apuna synnytyksessä. Synnytyslaulun ajatuksena on, että synnyttäjä voi helpottaa sekä omaa oloaan että sen kautta syntyvän lapsen oloa omalla äänenkäytöllään. Erilaiset äänet ovat myös yksinkertainen keino rauhoittaa hengittämistä. Ääntely, kuten mehiläisen pörinä tai karhun murina, pidentävät uloshengitystä ja matalat äänet rentouttavat kurkunkään sekä lantionpohjanlihaksia. Voihkimalla, huokailemalla ja hyräilemällä voidaan purkaa jännitystä. Ahonen on teoksessaan todennut, että musiikki saa aivoissamme syntymään endorfiineja, jotka lisäävät hyvinvointitunnetta ja vähentävät kipua. (Vuori 2003, 145; Rautaparta 2008, 62; Moland 2009, 28, Holkkola 2007, 13.)

4.1.5 Hieronta ja ihokosketus

Hieronta stimuloi iholla olevia hermopäätteitä, auttaa rauhoittamaan väsyneitä lihaksia ja parantaa verenkiertoa sekä rentouttaa. Hieronta synnytyksen aikana tarjoaa synnyttäjälle sekä fyysistä kontaktia että psyykkistä tukea. Se luo synnyttäjälle turvallisuuden tunnetta, rauhoittaa, tekee kivusta siedettävämpää ja lisää luottamusta synnyttäjän ja hierojan välille. Hieronnan on katsottu olevan myös hyvä keino saada tukihenkilö mukaan synnytykseen niin, että hän voi tuntea olonsa hyödylliseksi synnytyksen aikana. (Nylund ym. 2009, 14; Moland ym. 2009, 26, Chang, Wang & Chen 2002, 68- 73.)

Hieronnan vaikutuksista on vain vähän tutkittua tietoa, joten sen tehokkuus perustuu osittain pelkkiin uskomuksiin. Hieronta on kuitenkin yksi vanhimmista hoitotyön kivunlievitysmenetelmistä, ja näin ollen myös tärkeä osa hoitotyön keinoin annettavaa helpotusta synnyttävälle äidille. Avautumisvaiheen aikainen hieronta saa aikaan mielihyvää ja auttaa valmistautumaan lapsen syntymään. (Liukkonen 1998, 60.) On kuitenkin muistettava, että naiset reagoivat hierontaan ja kosketukseen eri tavalla supistusten aikana. Toiset voivat kokea hieronnan ja kosketuksen häiritseväksi ja keskittymistä estäväksi, kun taas toiset pitävät fyysisestä kontaktista. (Moland ym. 2009, 26.)

Kosketus on suuri voimavara synnytyksen hoidossa. Koskettamisen avulla voidaan ilmaista muun muassa sympatiaa, rohkaisua tai osallistumista. Kosketus on inhimillinen instrumentti, joka voi jäädä synnyttäjälle mieleen joko myönteisenä tai kielteisenä asiana. Taitamaton kosketus saattaa aiheuttaa äidille henkistä traumaa. (Liukkonen ym. 1998, 57.) Hoitohenkilökunnan hyvä kosketus luo äidille puolestaan yhteenkuuluvuuden tunnetta. Kosketuksella on aina synnytystapahtumassa pysyvä merkitys. (Karsikas 2009, 11.)

Tutkimusten mukaan synnyttäjä kokee kätilön ja tukihenkilön kosketuksen erilaisena synnytyksen aikana. Synnyttäjät kokevat, että kätilö osaa koskettaa heitä oikeaan aikaan ja heidän kosketuksensa tuo voimaa sekä tukea. Koskettaminen on kuitenkin hyvin henkilökohtainen asia, eivätkä kaikki synnyttäjät halua heihin koskettavan supistusten aikana. Koskettaminen on kuitenkin yksi tuen osoittamisen muoto, jota jokainen kätilö käyttää oman persoonallisuutensa mukaan. (Liukkonen ym. 1998, 57-58.)

Hyvällä kosketuksella voidaan vaikuttaa keskushermoston välittäjäainetasoon ja hormonitasapainoon. Se saa aikaan endorfiinien erittymistä, joka vähentää kipua ja saa aikaan hyvänolon tunnetta. (Karsikas 2009, 10.) Kosketuksen käyttö on kuitenkin hyvin kulttuurisidonnaista ja riippuvainen myös sosiaalisesta ympäristöstä. Toisissa kulttuureissa kosketukseen suhtaudutaan luontevasti kun taas joissain kulttuureissa kosketukseen ei rohkaista millään tavalla. (Liukkonen

ym. 1998, 56.)

4.1.6 Akupunktio, -painanta ja –hieronta

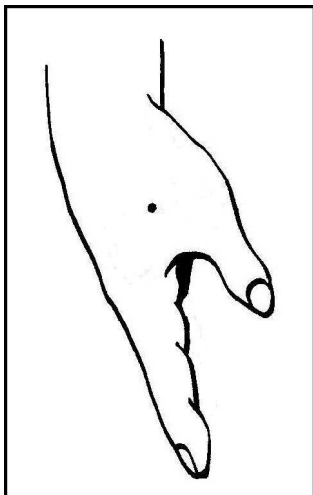
Akupunktuuri on perinteisen kiinalaisen lääketieteen hoitomenetelmä, jossa käytetään neuloja sairauksien sekä kiputilojen hoitoon (Silvola 2003, 111). Akupunktiossa helpotetaan synnytysvaivoja, jännitystä ja stressiä pistelemällä neuloja tarkoin määriteltuihin pisteisiin. Neulat voivat olla käsittelyn ajan paikallaan tai niitä voidaan käsitellä esimerkiksi pyörittämällä, tai nostamalla ja laskemalla neuloja tietyin väliajoin. Menettelytavasta huolimatta sääntönä on kuitenkin se, ettei käsittely saa tuottaa kipua (Laitinen & Laitinen 2001, 84).

Akupunktiohoitoa synnytyksen aikana on tutkittu varsin vähän. Valtaosa tutkimusta on lääketieteellistä kohdistuen akupunktion yhteyteen synnytyksen kulkuun ja kivun lievittämiseen. Aiheesta tehdyt tutkimukset ovat antaneet viitteitä siitä, että synnytyksen aikana annettu hoito lievittää kipua paremmin kuin jo raskauden aikana annettu hoito, ja hoidon kivunlievityksellinen vaikutus on parhain synnytyksen alkuvaiheessa. (Silvola 2003, 111-112.)

Tammisaarella, Länsi-Uudenmaan sairaalassa (2001) tehdyssä tutkimuksessa ilmenee, että akupunktiohoidosta on äitien omien arvioiden mukaan apua synnytyksen aikana. Puolet tutkimukseen osallistuneista olivat sitä mieltä, että akupunktio oli auttanut kivun hallitsemiseen ja rentoutumiseen erinomaisesti. Tutkimuksen mukaan akupunktiohoidosta oli sitä paremmin hyötyä mitä ennemmin sitä oli annettu. (Silvola 2003, 113.)

Hyödyllisimpiä akupunktiopisteitä synnytyskivun lievityksessä ovat muun muassa niin sanottu mahalaukku-, maksa- ja paksusuolimeridiaani. Meridiaaneissa sijaitsevia pisteitä stimuloimalla hieromalla, painellen tai neuloja apuna käyttäen voidaan lievittää synnytyksen aikaista kipua. Paksusuolimeridiaanin Hegu-pistettä (Kuvio 1) pidetään yhtenä tärkeimmistä supistusten aikaisen kivun lievittäjistä. Kyseistä pistettä käytetään myös pitkittyneen synnytyksen hoitoon.

(Liukkonen ym. 1998, 107.)



KUVIO 1
Paksusuolimeridiaani

Akupunktiohoidon mahdollisia komplikaatioita ovat muun muassa ilmarinnan, maksa-, sydän ja suoliperforaation aikaansaaminen jos hoidon antajalla ei ole kunnollista anatomian tuntemusta. Puutteellinen hygienia voi aiheuttaa bakteeri- ja virusinfektioita, kuten hepatiitti B-infektioita. Osalle akupunktiohoidon anto voi aiheuttaa erilaisia tuntemuksia, kuten väsymystä ja pahoinvointia jotka ovat kuitenkin yleensä lieviä. (Kalso & Vainio 2002, 184.) Akupunktio käy kuitenkin hyvin muiden hoitojen kanssa, vahvistaen lääkkeiden ja hoitojen vaikutusta (Sailo & Vartti 2000, 239).

Akupunktiohieronnassa painetaan voimakkaasti ihon läpi kohtaa, jossa tuntuu äkillistä kipua. Apuna painannassa voidaan käyttää esimerkiksi etusormen- tai peukalon päätä. Tässä hierontamuodossa sormen kärkiosalla tehdään pyörivää liikettä lihas- ja luukudosta vasten, painetta vaihdellen välillä voimistaen ja välillä keventäen. Hieronnasta saatavan kivunlievityksen kesto vaihtelee, mutta sen tehokkuutta voidaan pitää aina yhtä hyvänä. Akupunktiohieronnassa hyviä ja rauhoittavia akupisteitä sijaitsee muun muassa korvaledissä. (Liukkonen ym. 1998, 103.)

Akupainanta sopii hyvin omatoimiseen kivunlievitykseen, mutta sitä voidaan yhdistää myös klassiseen hierontaan mikäli hieronnan antaja on perehtynyt meridiaaneihin ja akupunktiopisteisiin. Akupainanta tehdään nimen mukaisesti painelemalla, käyttäen apuna esimerkiksi sormenpäitä, rystysiä tai tylppää esinettä. Painanta tapahtuu pyörivin liikkein välillä otetta voimistaen ja keventäen. Akupainanta on tehokkainta ja helpointa silloin, kun synnyttäjät sekä synnytystä hoitava henkilö hengittävät rytmisesti samanaikaisesti ja kun painanta tapahtuu hengityksen tahdissa. (Liukkonen ym. 1998, 104.)

Akupainannan hoidon vasta-aiheita ovat ihorikot, paikallinen infektio ja ihon punoitus. Joskus hoito saattaa aiheuttaa pahoinvointia, jolloin hoito voidaan keskeyttää. Akupainantaa pidetään helpompana hoitomuotona kuin akupunktiota, sillä hoitoon ei tarvita neuloja. Akupainannan avulla voidaan kohottaa elimistön oman endorfiinituotantoa. Akupunktiopisteiden stimuloiminen on luonnollinen hermojärjestelmään vaikuttava tekijä, joka vähentää kipu- tai stressi-impulssien tehoa ja siten nopeuttaa synnytystä. (Liukkonen ym. 1998, 105.)

Akupunktiopistehoitojen etuna voidaan pitää niiden turvallisuutta sekä äidille että sikiölle. Kivunlievityksen johdosta istukkaverenkierto paranee, jonka seurauksena myös sikiön hapettuminen paranee. Hoitojen antaminen ei ole esteenä muiden kivunlievitysmenetelmien antamiseen eikä hoidoilla ole todettu olevan sivuvaikutuksia. Akupunktiosta on apua niin synnytyksen käynnistymiseen, supistusten parantamiseen, jälkisupistuksiin kuin maidonerityksen parantamiseenkin. Akupunktiopisteisiin annettavat hoidot tukevat ajatusta, että synnytys on normaali tapahtuma johon ei tarpeettomasti tarvitse puuttua. Jotta päästään tarpeeksi hyvään kivunlievitykseen tulee hoidon olla kestoaltaan riittävän pitkä. (Liukkonen ym. 1998, 102.)

4.2 Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät

4.2.1 Typpioksiduuli

Tavallisin hengitettävistä kipulääkkeistä on typpioksiduuli (N₂O) eli ilokaasu. Sitä annetaan yhdessä hapen kanssa, yleensä 50 %:na seoksena. Se on yksi käytetyimmistä synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä sen turvallisuuden, yksinkertaisen antotavan ja halpuutensa vuoksi. Vuosina 2006-2007 kaikista synnyttäjistä 55% ja uudelleensynnyttäjistä 63% käyttivät typpioksiduulia synnytyksen aikana. (Eskola & Hytönen 2002, 229; Jaakola 2008, 31; Stakes 2008, 19.)

Inhalaatioanalgesian etuna on sen nopea vaikutus ja toisaalta sen nopea häviäminen elimistöstä. Se poistuu hengityksen mukana, ei vaikuta hapenkuljetuskykyyn, ei metaboloitu elimistöön eikä näin ollen vaikuta myöskään lamaanuttavasti. Etuna typpioksiduulin käytössä on myös se, että synnyttaja voi aloittaa sen käytön heti kun tuntee tarvitsevänsä kivunlievitystä, ja lisäksi synnyttaja voi itse säädellä sen ottamista. Typpioksiduulia voidaan antaa myös eri asennoissa ja jopa ammeessa. Etuna on myös, että sitä voidaan käyttää missä tahansa synnytyksen vaiheessa. (Eskola & Hytönen 2002, 229; Ahonen 2009, 1062.)

Jotta typpioksiduulin käytössä saavutettaisiin sen paras mahdollinen hyöty, tulee synnyttäjää ohjata sen oikeanlaiseen käyttöön. Parhain kivunlievitysteho sillä saavutetaan noin 45 sekunnin kuluttua inhalaation aloituksesta, joten sen ottamisen tulee aloittaa heti supistuksen alkaessa. (Jaakola 2008, 31.)

Typpioksiduulin käyttö on turvallista sekä synnyttäjälle että sikiölle. Sen ei myöskään ole todettu vaikuttavan millään tavoin synnytyksen etenemiseen. Tavanomaisimpia haittavaikutuksia sen käytössä ovat kuitenkin pahoinvointi ja oksentelu, huimaus, uneliaisuus sekä amnesia eli muistin häiriöt. (Ahonen ym. 2009, 1064.)

Noin kolmasosa synnyttäjistä kokee saavansa typpioksiduulin käytöstä apua synnytyksen alkaessa, mutta ainoastaan alle 10% synnyttäjistä pitää siitä saatavaa kivunlievitystä yksinään riittävänä (Jaakola 2008, 31). Nopeasti etenevissä

synnytyksissä typpioksiduulin käyttö saattaa olla ainoa lääkkeellinen kivunlievitysmenetelmä, mikäli puudutteita ei ehditä antamaan. Yleisesti ottaen typpioksiduulin kivunlievitysteho on kuitenkin melko vähäinen. (Sarvela & Nuutila 2009, 1884.)

4.2.2 Farmakologinen kivunlievitys

Synnytyksen aikana pyritään käyttämään kipulääkkeitä aina mahdollisimman vähän, sillä kulkeutuessaan istukan kautta sikiöön ne saattavat vaarantaa sikiön hyvinvointia. Suomessa käytetyin kipulääke synnytyksen aikana on petidiini. (Eskola & Hytönen 2002, 229.) Sitä annetaan lihaksensisäisenä ruiskeena 50- 100 mg:n annoksina (Viitanen & Porthan 2002, 5). Sen käyttö soveltuu parhaiten synnytyksen alkuvaiheeseen, sillä se voi vaikuttaa vastasyntyneeseen sekä hidastaa imetyksen käynnistymistä mikäli lääkettä annetaan 1-4 tuntia ennen synnytystä. (Sarvela ym. 2009.)

Synnytyksen aikana käytetyimpiä kipulääkkeitä ovat myös tramadoli ja oksikodoni, joita voidaan antaa joko suppoina tai lihakseen pistoina. Synnytyksen alkuvaiheen kivunlievitykseen on käytössä myös Litalgin®-suppo. Nämä lääkkeet eivät poista kipua täydellisesti, vaan ainoastaan auttavat tekemään synnytyksestä siedettävämmän poistamalla kivunhuippuja. Kaikkia näitä kipulääkkeitä voidaan antaa synnytyksen aikana, mikäli sikiön sydänäänikäyrät ovat hyvät. (Viitanen & Porthan 2002, 5.)

Vahvojen opioidien käytössä ilmenee runsaasti erilaisia sivuvaikutuksia, kuten pahoinvointia ja oksentelua, hypoventilaatiota ja hidastunutta vatsan tyhjenemistä. Koska kaikki opioidit pystyvät kulkeutumaan istukan kautta sikiöön ne vähentävät usein ohimennen sikiön sydänäänien vaihtelua. Opioidien käytön etuna on se, että niiden vaikutus voidaan tarvittaessa kuitenkin kumota välittömästi naloksonilla. (Sarvela & Nuutila 2009, 1884.)

Lyhytvaikutteisia opioideja, kuten fentanyyliä ja remifentaniilia, voidaan käyttää

myös synnytyksen edistyessä. Niiden käyttö vaatii kuitenkin lisähapen antoa läpi synnytyksen sekä synnyttäjän ja vastasyntyneen tarkkaa seuranta. Lääkkeet annetaan suonensisäisesti. Etuna on, että niitä voidaan usein käyttää mikäli puuduteaineet eivät jostain syystä sovi synnyttäjälle. Pitkävaikutteisia opioideja voidaan käyttää silloin kun synnytys ei ole vielä kunnolla käynnissä. Niiden käyttö on edullista varsinkin ensisynnyttäjille, sillä ne saavat aikaan euforiaa ja sedaatiota. (Sarvela & Nuutila 2009, 1884; Sarvela ym. 2009.)

4.2.3 Epiduraalipuudutus

Tehokkaimman synnytysanalgesia muodon, epiduraalipuudutteen, käyttö on jatkuvasti yleistynyt synnytyksissä. Suomessa niiden käyttö on vakiintunut synnytyksissä viime vuosien aikana. (Jouppila & Jouppila 2005, 771.) Stakesin tilastotietojen mukaan Suomessa (2008, 19-20; 2006, 3-4) vuosina 2006-2007 kaikista synnyttäjistä 41%, ja ensisynnyttäjistä 701% sai epiduraalipuudutteen. Epiduraalipuudutus on tehokas ja lisäksi se poistaa synnytyskivun aiheuttamat stressireaktiot lähes kokonaan (Sarvela & Nuutila 2009, 1885).

Epiduraalipuudutuksen laittaa anestesiaalääkäri, joka ruiskuttaa puuduteaineen epiduraalitilaan. Puuduteaine siirtyy selkäydintasolle ja vaikuttaa kohtua hermottaviin hermojuuriin. Näin saadaan aikaiseksi avautumisvaiheessa hyvä ja täsmällinen kivunpoisto. Puudute voidaan pistää kuitenkin vasta kun tiedetään, että synnytys on varmasti käynnissä (Viitanen & Porthan 2002, 5.) Epiduraalista kivunlievitystä ylläpidetään tarvittaessa toistettavina kerta-annoksina tai jatkuvana infuusiona (Jaakola 2008, 32).

Etuina epiduraalipuudutteessa ovat muun muassa sen pitkä vaikutusaika, puuduteaineen helppo lisääminen, istukan verenkierron tehostuminen, kivun lievittyessä äidin rentoutumisen ja hengittämisen tehostuminen, sikiön päähän kohdistuvaa paineen väheneminen sekä mahdollisuus liikkumisen epiduraalikatetrasta huolimatta. Puudutteen haittoja ovat puolestaan muun muassa synnyttäjän verenpaineen lasku, jonka ehkäisemiseksi ennen puuduteaineenlaittoa

annetaan synnyttäjälle laskimoon 500-1000 ml elektrolyyttiliuosta. Epiduraalinen kivunlievitys saattaa vaikuttaa synnytyksen toisen vaiheen etenemiseen sekä pitkittää sikiön tarjoutuvan osan laskeutumista. (Nuutila & Halonen 2003, 51) Muita ilmeneviä haittavaikutuksia saattaa olla ohimenevä kutina, päänsärky ja selkäsärky. (Eskola & Hytönen 2002, 229-230; Viitanen & Porthan 2002, 5.)

Epiduraalipuudutus on yksi tehokkaimpia, mutta samalla yksi vaativampia synnytyskivun lievitysmenetelmiä. Ennen puudutteen laittoa tulee varmistaa sikiön hyvinvointi kardiotokografialla, puudutteen mahdolliset vasta-aiheet, kuten synnyttäjän paikallinen infektio, allergia tai merkittävä hyytymishäiriö, sekä varmistaa synnytyksen edistyminen. Puudutuksen laitto edellyttää anestesiatoimintaa vastaavat olosuhteet aseptiikan, komplikaatioiden hoitovalmiuksien ja potilasvalvonnan suhteen. (Jaakola 2008, 32.)

4.2.4 Spinaalipuudutus

Spinaalipuudutus on uusin puudutusmenetelmä synnytyskivun lievitykseen. Anestesia lääkäri laittaa puudutteen ohuella neulalla ruiskuttaen puudutusainetta ja kipulääkettä suoraan spinaali- eli selkäydinnestetilaan. Puuduteaine leviää nopeasti ja tehokkaasti, joten sitä tarvitaan huomattavasti pienempi määrä epiduraalipuudutukseen verrattuna. Spinaalipuudutus on kertapuudutus, joten lisäännosta ei voida antaa, sillä katetria ei laiteta tässä puudutusmenetelmässä. (Viitanen & Porthan 2002, 6.)

Spinaalipuudutuksen avulla saavutetaan nopeasti tehokas kivunlievitys, joka kestää 60-120 minuuttia. Spinaalipuudutusta voidaan käyttää etenkin nopeasti etenevissä synnytyksissä ja toivottaessa hyvää kivunlievitystä ponnistusvaiheeseen. Tämän vuoksi spinaalipuudutusta käytetään etenkin uudelleensynnyttäjille. (Jaakola 2008, 32-33; Sarvela ym. 2009.)

Yleisin spinaalipuudutuksen haittavaikutus Viitasen tekemän tutkimuksen mukaan on kutina, jota ilmeni 70 prosentilla tutkimukseen osallistuneista. Viitasen

tekemän tutkimuksen mukaan päänsärkyä puolestaan esiintyi 20%:lla spinaalipuudutteen saaneilla synnytyksen jälkeen. Muita ilmeneviä haittavaikutuksia puudutteen käytössä olivat muun muassa pahoinvointi, lihasvoiman heikkeneminen ja sikiön bradykardia. (Viitanen 2002, 248-249) Tärkeää spinaalipuudutteen laitossa on äidin verenpaineen ja sikiön sydänäänten seuranta (Jaakola 2008, 32).

4.2.5 Paraservikaalipuudutus

Paraservikaali- eli kohdunkaulanpuudutuksessa (PCB) synnytyslääkäri ruiskuttaa erityisellä Kobakin neulalla lääkettä kohdunkaulan sivulle molemmiin puolin 2-3 millimetrin syvyyteen. Puudutusaineena käytetään bupivakaiinia 2.5 mg/ml tai ropivakaiinia 2 mg/ml. Puudutteen teho on melko lyhytaikainen noin 30-70 minuuttia, mutta puudutus voidaan tarvittaessa uusia 1-1.5 tunnin kuluttua. (Eskola & Hytönen 2002, 231; Jaakola 2008, 32) Paraservikaalipuudutteella voidaan helpottaa synnyttäjän avautumisvaiheen kipuja synnytyksen loppuvaiheessa (Viitanen & Porthan 2002, 6-7).

Stakesin tilastotietojen (2008, 19-20.) mukaan paraservikaalipuudutusta 2006-2007 vuosina kaikista synnyttäjistä käytti 21 % ja ensisynnyttäjistä 15 %. Paraservikaalipuudutteiden käyttö ei siis ole läheskään yhtä yleistä kuin epiduraalipuudutusten, joiden vastaavat luvut samoilta vuosilta ovat kaikkien synnyttäjien osalta 41 % ja ensisynnyttäjien 71 %. Paraservikaalipuudutus sopii parhaiten uudelleensynnyttäjille, joka selittää epiduraalipuudutteiden suosion ensisynnyttäjillä paraservikaalipuudutteeseen verrattuna (Viitanen & Porthan 2002, 6-7). Paraservikaalipuudutus on kohtalaisen tehokas, sillä 60 % pitää siitä saatua kivunlievitystä hyvänä (Jaakola 2008, 32).

Paraservikaalipuudutus voidaan laittaa synnyttäjälle, kun sikiökalvojen puhkeamisesta on kulunut noin puoli tuntia ja sikiön sydänäänikäyrät ovat hyvät. Menetelmän haittana on puuduteaineen kulkeutuminen kohtuverenkiertoon ja istukan kautta sikiöön. Se saattaa aiheuttaa sikiölle bradykardiaa ja asidoosia eli

elimistön liiallista happamoitumista, joten sikiön sydänäänten seuranta on välttämätöntä. (Eskola & Hytönen 2002, 231; Viitanen & Porthan 2002, 6-7.)

5. ÄITIYSHUOLTO

5.1 Äitiyshuolto Suomessa

Suomessa äitiyshuolto perustuu koko maan kattavaan neuvolaverkostoon, jota jättää käyttämättä vuosittain ainoastaan muutama synnyttävä (Tiitinen b, 2009). Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä (1988) äitiyshuollon tavoitteeksi on mainittu odottavan äidin, sikiön ja vastasyntyneen sekä perheenjäsenten parhaan mahdollisen terveyden turvaaminen (Eskola & Hytönen 2002, 101). Tähän tavoitteeseen pyritään pääsemään raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisyllä, niiden varhaisella toteamisella ja raskaana olevan äidin hoitoon ohjaamisella (Finlex 1994).

Äitiyshuolto on yksi osa-alue kansanterveystyöstä, jonka kansanterveyslaki määrittelee seuraavasti: ”Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen ympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.” (Eskola & Hytönen 2002, 101). Kansanterveislain (1972 ja 2006) mukaan kuntien on järjestettävä perusterveydenhuoltona terveysneuvontaa sekä vastata sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta. Kunnat voivat tuottaa palvelut yksin tai ne voivat muodostaa palvelujen tuottamista varten kuntayhtymiä yhden tai useamman naapurikunnan kanssa. Kunnat voivat myös halutessaan ostaa perheille tarjottavat palvelut esimerkiksi toiselta kunnalta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 6; Armanto & Koistinen 2007, 19.)

Äitiyshuoltoa toteutetaan perusterveydenhuollossa terveyskeskusten äitiysneuvoloissa ja kotikäynneillä. Suomessa toimii myös yksityisiä neuvoloita. Avohuollossa äitiyshuolto on ryhmätyötä, jossa terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistyökumppaneita kunnassa ovat esimerkiksi sosiaalityöntekijä, hammaslääkäri sekä mahdollisesti myös työterveyshuollon henkilöstö. Keskus- ja aluesairaaloissa toteutetaan erikoissairaanhoito, jota tarjotaan äitiyspoliklinikoilla, prenataaliosastoilla sekä synnytys- ja lapsivuodeosastoilla. Sairaalan muut osastot

ja esimerkiksi sosiaalityöntekijä ovat tarpeen mukaan mukana. Äitiyshuollossa on lisäksi vaihtelevasti mukana kolmannen sektorin järjestöjä ja yksityisiä palveluntarjoajia. Äitiysneuvola toimii linkkinä muihin tahoihin ja vaikuttaa osaltaan verkostoitumiseen. Perusterveydenhuollon ja synnytysairaalan välillä on hoidon porrastuksesta ja työnjaosta sopimus, jotta palvelut muodostaisivat mahdollisimman tasokkaan ja aukottoman kokonaisuuden. (Eskola & Hytönen 2002, 101, 103; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

5.2 Äitiysneuvolatyö

Kuntien vastaamien vapaaehtoisten ja maksuttomien äitiysneuvolapalveluiden tehtävänä on edistää odottavan äidin, sikiön ja vastasyntyneen lapsen sekä koko lasta odottavan perheen terveyttä ja hyvinvointia. Neuvoloiden tarjoama tuki suunnataan koko perheelle, jossa huomiota kiinnitetään parisuhteeseen ja vanhemmuuteen. Neuvoloiden tehtävänä on tukea vanhempia vanhemmuuteen valmistautumisessa, lapsen tuomiin muutoksiin perheessä sekä edistää terveellisiä elintapoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Raskaana oleva nainen ja koko lasta odottava perhe tulevat äitiysneuvolan asiakkaiksi kun raskaus on kestänyt noin 8-12 viikkoa. Äitiysneuvola-asiakkuus loppuu, kun synnytyksen jälkitarkistus on äidille suoritettu noin kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen. (Armanto & Koistinen 2007, 33.)

Normaalisti sujuvan raskauden aikana äidille tarjotaan 11-15 tarkastusta neuvolassa terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotolla. Lääkärintarkastuksia tehdään vähintään neljä, josta yksi on synnytyksen jälkeinen tarkistus. Äitiysneuvolakäyntien aikana seurataan äidin vointia ja sikiön kehitystä. Äidille tarjotaan mahdollisuus osallistua valtakunnallisen seulontaohjelman mukaisesti raskauden aikaisiin sikiön kromosomi- ja rakennepoikkeavaisuuksien seulontoihin. Äitiysavustuksen, äitiys-, isyys- ja vanhempainlomaan tarvittavat todistukset sekä lomiin liittyvät sosiaaliset etuudet ovat liitetty äitiysneuvolakäynteihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 20; Eskola & Hytönen 2002, 103; Armanto & Koistinen 2007, 33.)

Ensisynnyttäjillä ensimmäinen neuvolakäynti ajoittuu 8.- 12. raskausviikolle. Uudelleensynnyttäjillä ensimmäinen käynti saattaa olla hieman myöhemmin. Ensimmäisen käynnin yhteydessä selvitetään äidin yleistä terveydentilaa, aikaisempien raskauksien ja synnytyksien kulkua sekä elintapoja. Käynnin yhteydessä otetaan myös verikoe, josta selvitetään muun muassa veriryhmä ja vasta-aineet, HIV vasta-aineet, B-hepatiitti ja kardiolipiini. (Tiitinen 2009b.) Neuvolakäyntien yhteydessä normaaleihin tutkimuksiin kuuluvat äidin verenpaineen, painon ja kohdunpohjan korkeuden mittaaminen, virtsan proteiinin ja glukoosin tutkiminen sekä sikiön sydänäänten kuuntelu. Noin 34:stä raskausviikosta eteenpäin myös sikiön tarjontaa ruvetaan seuramaan. (Eskola & Hytönen 2002, 102.)

Neuvolatoimintaa säätelevän asetuksen mukaan raskauden aikana järjestetään yksi laajempi terveystarkastus, johon sisältyy myös suun terveydentilan selvittäminen. Tarkastus voidaan järjestää normaaliin seurantaan kuuluvan äitiysneuvolakäynnin yhteydessä ja lääkärin suorittama terveystarkastus voidaan toteuttaa erillisellä käynnillä. Äitiysneuvolakäynneillä huomio suunnataan aina koko perheeseen, mutta varsinkin laajan terveystarkastuksen yhteydessä kiinnitetään perheeseen erityishuomiota. Käynnin aikana selvitetään molempien vanhempien kanssa perheen voimavaroja ja erityistarpeita, joilla on vaikutusta lapsesta huolehtimiseen sekä vanhemmuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Terveystenhoitajalla on päävastuu odottavan äidin ja synnyttäneen terveydenhuollosta, sillä äitiysneuvolan terveydenhoitaja tapaa äitiä ja perhettä usein. Terveystenhoitaja täyttää neuvolaa varten terveystkorttia ja äidille äitiyskorttia, johon kirjataan jokaisen terveystarkastuksen tulokset. Huolellinen dokumentointi turvaa hoidon jatkuvuuden. Lääkäri puolestaan toimii lääketieteellisenä asiantuntijana tavaten äitiä ja perhettä suunnitellusti ja, jolta terveydenhoitaja saa tarvittaessa tukea. Tasokkaan hoidon edellytyksenä voidaan pitää terveydenhoitajan ja lääkärin saumatonta yhteistyötä. (Eskola & Hytönen 2002, 101, 103.)

Neuvolat tekevät kiinteästi yhteistyötä synnytyssairaaloiden ja äitiyspoliklinikoiden kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 20.). Mikäli äitiysneuvolassa epäillään tai todetaan jotain poikkeavaa raskauden kulussa, äiti ohjataan tarkempiin tutkimuksiin äitiyspoliklinikalle tai päivystysaikana synnytysvastaanotolle. Äitiyspoliklinikat toimivat pääsääntöisesti ajanvaraus- ja lähetepoliklinikoina. On tärkeää, että hoitoon ohjaus tapahtuu oikeaan aikaan. (Eskola & Hytönen 2002, 103.)

Suosittelujen mukaan ensimmäistä lasta odottavan tai ensimmäisen lapsen saaneen perheen luokse on järjestettävä vähintään yksi kotikäynti. Lisäksi ensimmäistä lasta odottaville perheille on järjestettävä moniammatillisesti toteutettua perhevalmennusta. Koko perhevalmennusta perusterveydenhuollossa koordinoi terveydenhoitaja tai kättilö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 49.)

5.3 Perhevalmennus

Perhevalmennus on neuvolatyön ja synnytyssairaalan työmuoto, jossa ohjataan sekä valmennetaan lasta odottavia, synnyttäviä ja kasvattavia perheitä siihen saakka kunnes lapsi on vuodenikäinen. Perhevalmennuksen päävastuu on neuvoloiden henkilöstöllä, mutta muita valmennukseen osallistuvia ovat esimerkiksi Kelan työntekijä, fysioterapeutti, hammashoitaja, psykologi, perhetyöntekijä ja kummikätilö. Perhevalmennuksessa voidaan hyödyntää myös isien, ravitsemusterapeuttien sekä seksuaali- ja perheterapeuttien tietämystä. (Haapio ym. 2009, 9.)

Erilaisissa suosituksissa on määritelty raskaudenaikaa ja synnytystä koskevat aihealueet, joita tulisi perhevalmennuksessa käydä läpi. Raskautta koskevat aihealueet ovat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset, vanhemmuus, vauvanhoito ja sosiaalietaidut. Synnytystä koskevat aihealueet ovat synnytyksen kulku, mahdollisuus hallinnantunteeseen, tukijoiden roolit ja vastasyntyneen hoiva. (Haapio ym. 2009, 12.)

Perhevalmennukseen sisältyy vanhemmuuteen, parisuhteeseen ja lapsen liittyvien aiheiden lisäksi synnytysvalmennus sekä sen osana tutustuminen synnytyssairaalaan. Sosiaali- ja terveysministeriön kanta on, joko kätilö tai synnytyssairaala vastaisi siitä. Synnytysvalmennuksen avulla pyritään ennaltaehkäisemään ja lieventämään raskauteen ja synnytykseen liittyviä pelkoja sekä sitä kautta parantamaan äitien raskaudenaikaista emotionaalista hyvinvointia ja voimaannuttamaan heitä synnyttäjinä. Synnytysvalmennuksessa tämä tarkoittaa esimerkiksi vanhempien tutustuttamista tulevaan synnytysympäristöön, asiakaslähtöisen tiedonsaannin turvaamista sekä avoimen ja turvallisen keskusteluyhteyden mahdollistamista vanhempien ja synnytyksiä hoitavien kätilöiden välille. Tutkimusten mukaan synnytysympäristön ja -tilanteen tuttuudella on positiivinen merkitys äidin kokemalle hallinnantunteelle synnytyksen aikana. (Haapio ym. 2009, 9, 109, 112; Haapio 2009, 6.)

Synnytysvalmennuksen tehtävänä on ennen kaikkea valmentaa vanhemmat kohtaamaan kipua ja hyväksymään se osaksi synnytystä, sillä hyvistä ja tehokkaista kivunlievitysmenetelmistä huolimatta kivutonta synnytystä ei ole. Mikäli synnyttäjä hyväksyy kivun luonnollisena osana synnytysprosessia, voi synnytyskipu olla jopa naisen voimavara synnytyksen aikana. Erilaisten kivunlievitysmenetelmien läpikäyminen valmennuksessa on myös perusteltua, jotta vanhemmilla olisi mahdollisuus tehdä tietoisia päätöksiä synnytyksen aikana. Luonnollinen ja myönteinen suhtautuminen kipuun ja synnytykseen auttavat naista selviämään synnytyksestä. Synnytysvalmennukseen osallistumisella nähdään olevan myönteinen yhteys synnyttäjän käsityksiin kivusta selviytymiseen sekä tyytyväisyyteen synnytyksen aikaiseen kivunlievitykseen. (Haapio ym. 2009, 111, 128- 129.)

Psykologisten tekijöiden osuus on synnytyskivuissa merkittävä, joten valmennuksella on tärkeä tehtävä synnytyspelon- ja kivun ehkäisyssä. Perhevalmennuksesta hyötyminen voidaan jakaa tiedon lisäämiseen, synnytyksestä selviämiseen sekä turvallisuuden ja varmuuden tunteen

lisäämiseen. Valmennus vahvistaa vanhempien voimavaroja. Valmennuksen jälkeen heillä on raskautta, synnytystä, lapsivuodeaikaa ja lastenhoitoa koskevaa tietoa ja taitoa, joiden avulla he onnistuvat itse selviytymään tilanteesta tai tunnistavat lisäävun tarpeen. (Haapio ym. 2009, 15-17; Sarvela & Nuutila 2009, 1882.)

6. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisista kivunlievitysmenetelmistä ja miten paljon ensisynnyttäjät olivat saaneet tietoa äitiyshuollosta. Tutkimuksella haluttiin selvittää myös sitä, miten tärkeänä äidit pitivät tiedonsaantia erilaisista kivunlievitysmenetelmistä ja miten tyytyväisiä äidit olivat tiedonsaantiin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä tiedonantoa äitiyshuollossa kivunlievitysmenetelmistä.

Tutkimuksella etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisista lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ja miten paljon ensisynnyttäjät saivat tietoa äitiyshuollosta?
2. Miten tärkeänä ensisynnyttäjät pitivät tiedonsaantia erilaisista synnytyskivun lievitysmenetelmistä?
3. Miten tyytyväisiä ensisynnyttäjä-äidit olivat tiedonsaantiin erilaisista synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä äitiyshuollosta?

7. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tämän kokonaistutkimuksen kohderyhmänä olivat vuoden 2009 ensisynnyttäjät Kyrönmaalta. Kyrönmaan alueeseen kuuluvat kunnat Isokyrö, Vähäkyrö ja Laihia. Neuvoloiden henkilökunta toimitti kyselylomakkeet saatekirjeineen tutkittaville. Isonkyrön neuvolan henkilökunta jakoi lomakkeet saatekirjeineen tutkimuksen kohderyhmälle neuvolakäyntien yhteydessä. Vähäkyrön ja Laihian neuvolan henkilökunta postitti kyselylomakkeet ja saatekirjeet suoraan tutkittaville. Neuvoloihin toimitettiin tarvittavat määrät kyselylomakkeita, jotka muodostuivat ensisynnyttäjien lukumääristä. Isonkyrön neuvolaan toimitettiin 12, Vähäkyrön neuvolaan 28 ja Laihian neuvolaan 39 kyselylomaketta. Tutkimusaineistossa hyödynnettiin kaikki palautuneet lomakkeet. Tutkittaville annettiin kahden viikon vastausaika kyselylomakkeen täyttämiseen. Vastaajat vastasivat kyselyyn vapaaehtoisesti ja nimettömästi.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusongelmia lähestyttiin käyttäen pääosin kvantitatiivista lähestymistapaa, mutta tutkimus sisältää myös kvalitatiivisen osuuden. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen lähestymistapa nähdään toisiaan täydentäviksi tutkimuksen lähestymistavoiksi, ja niitä on käytännössä katsoen vaikeaa tarkkarajaisesti edes erottaa toisistaan (Hirsjärvi ym. 2009, 136). Kvalitatiivisessa osuudessa kyselylomake sisälsi avoimia kysymyksiä, jotka analysoitiin induktiivisellä sisällönanalyysillä. Kvantitatiivinen osuus kyselylomakkeesta olivat strukturoidut monivalintakysymykset. Niiden avulla saatiin määrällistä tietoa havaintoaineistosta, jonka jälkeen saadut tulokset analysoitiin tilastollisesti.

Tutkimusaineisto kerättiin tutkimusta varten laaditun kyselylomakkeen (liite 2) avulla kevään 2010 aikana. Lomake sisälsi sekä strukturoituja että strukturoimattomia kysymyksiä. Kyselylomake esiteltiin ennen käyttöönottoa

viidellä henkilöllä. Esitestauksen seurauksena kahden kysymysten muotoa muutettiin helpommin ymmärrettävämmäksi.

Kyselylomake koostui neljästä osiosta. Ensimmäisessä osiossa (kysymykset 1-4) kartoitettiin tutkittavien taustatietoja. Taustatiedoissa kysyttiin synnyttäjän ikää, asuinkuntaa, lapsen syntymäaika sekä missä äitiysneuvolassa on ollut asiakkaana. Toisessa osiossa (kysymykset 5 ja 10) selvitettiin sitä, miten tärkeänä ensisynnyttäjät pitävät äitiyshuollosta saamaa tietoa synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä. Kyselylomakkeen kolmannessa osiossa (kysymykset 6 ja 8) selvitettiin vastaajien saamaa tietoa lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Lomakkeen viimeinen eli neljäs osio (kysymykset 7 ja 9) käsitteli synnyttäjien tyytyväisyyttä äitiyshuollon antamaan tietoon synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä.

Strukturoitujen kysymysten vastausvaihtoehdot olivat 5-portaisia. Kysymysten 6 ja 8 vastausvaihtoehtoina toimivat 1 = *en ollenkaan*, 2 = *vähän*, 3 = *kohtalaisesti*, 4 = *paljon*, 5 = *erittäin paljon*. Lisäksi tutkittavilla oli mahdollisuus vastata avoimesti, mikäli he olivat saaneet tietoa joistain muista kivunlievitysmenetelmistä, kuin mitä kyselylomakkeessa kysyttiin. Tärkeyttä mittaavien kysymysten (5 ja 10) vastausvaihtoehtoina olivat *ei tärkeää*, *vähemmän tärkeää*, *kohtalaisen tärkeää*, *tärkeää* ja *erittäin tärkeää*.

7.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiivinen tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 17.0 tilasto-ohjelmaa käyttäen. Tulokset syötettiin ohjelmaan ja niistä laskettiin frekvenssit, prosenttiosuudet ja keskiarvoja. Saaduista vastauksista luotiin taulukoita ja kuvioita.

Avoin kysymys analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tällä analyysimenetelmällä pyritään tutkittavasta ilmiöstä saamaan kuvaus mahdollisimman tiiviissä ja yleisessä muodossa kadottamatta aineiston sisältämää

informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-104). Aineistolähtöisessä analyysissä on kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteiden luominen. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä ilmiöstä jota tutkitaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108,112.) Induktiivinen sisällönanalyysi aloitettiin koodaamalla alkuperäisistä vastauksista pelkistettyjä ilmauksia. Tämän jälkeen pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alakategorioita ja niistä edelleen muodostettiin yläkategoriat. Analyysiprosessi on esitelty liitteessä 3.

8. TUTKIMUKSEN TULOKSET

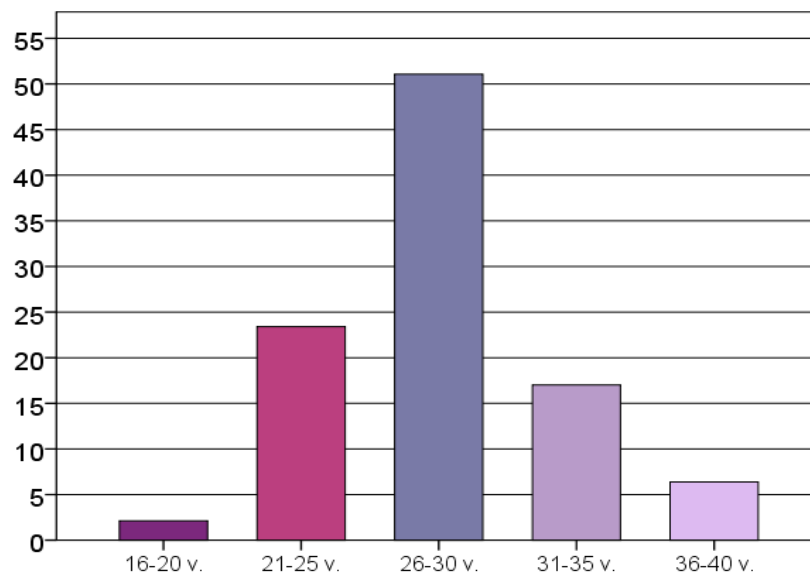
8.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui yhteensä 47 ensisynnyttäjää eri puolilta Kyrönmaata. Kyselylomakkeita jaettiin neuvoloiden kautta yhteensä 79 kappaletta, joten tämän tutkimuksen vastausprosentiksi saatiin 59,5. Lomakkeet jaettiin kaikille alueen ensisynnyttäjille niin, että Isoonkyröön jaettiin 12, Vähäänkyröön 28 ja Laihialle 39 kappaletta. Määrällisesti eniten ensisynnyttäjiä oli Laihialla ja vähiten Isossakyrössä. Paras vastausprosentti saatiin Vähstäkyröstä. Vähiten palautuneita vastauksia saatiin Isostakyröstä (taulukko 1).

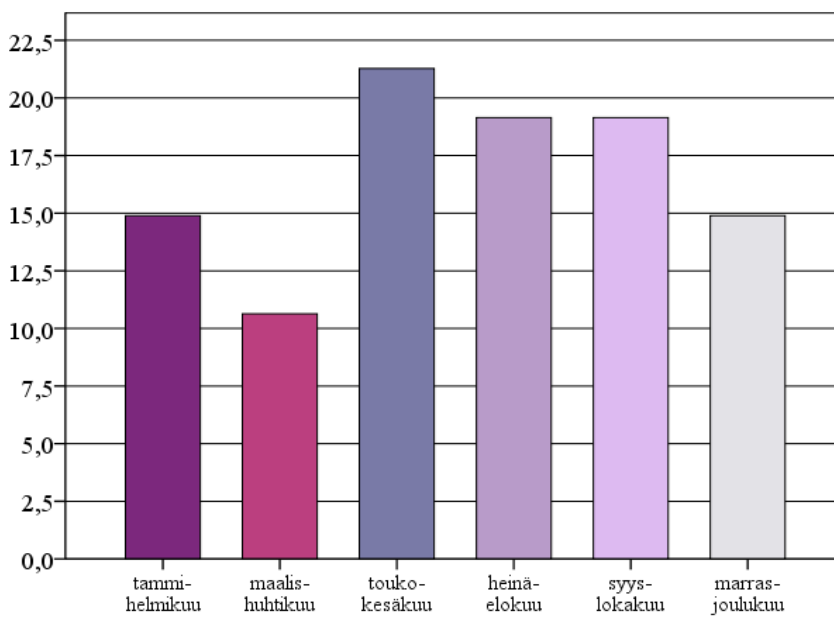
Taulukko 1. Ensisynnyttäjien ja tutkimukseen osallistuneiden määrät Kyrönmaalla vuonna 2009.

	Ensisynnyttäjien osuus kunnittain vuonna 2009 n (%)	Tutkimukseen osallistuneet kunnittain (n)	Vastausprosentti kunnittain (%)
Laihia	39 (49,4)	22	56,4
Isokyrö	12 (15,2)	5	41,7
Vähäkyrö	28 (35,4)	20	71,4
Yhteensä	79 (100,0)	47	59,5

Vastaajat olivat iältään 19- 40-vuotiaita. Vastaajien ikä-keskiarvo oli 28,1 vuotta. Vastaajista enemmistö kuului ikäryhmään 26-30-vuotta (n=24). Toiseksi suurin ikäryhmä oli 21-25-vuotiaita (n=11). Vähiten vastaajia oli nuorimmassa ikäryhmässä 16-20-vuotta (n=1). Kuviossa 1. on esitetty kaikkien vastaajien prosentuaaliset ikäjakaumat.



Kuvio 1. Ensisynnyttäjien ikäjakaumat (%) luokittain (n=47).



Kuvio 2. Lasten luokitellut (%) syntymäajankohdat (n=47).

Vastanneiden synnyttämistä lapsista noin joka viides oli syntynyt touko-kesäkuussa (n=10). Toiseksi eniten lapsia oli syntynyt heinä-elokuussa ja syys-lokakuussa, joissa molemmissa oli syntynyt 9 lasta. Vähiten lapsia oli syntynyt

maalis-huhtikuun aikana (n=5). Kuviosta 2. ilmenee ensisynnyttäjien saamien lasten syntymääjankohdat luokiteltuna kahden kuukauden välein.

8.2 Ensisynnyttäjien tiedonsaanti kivunlievitysmenetelmistä

Ensisynnyttäjien tiedonsaantia erilaisista synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä tutkittiin kahden moniosaisen kysymyksen avulla. Ensimmäisessä kysymyksessä selvitettiin mistä lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä ja miten paljon ensisynnyttäjät olivat saaneet tietoa. Kysymyksessä selvitettiin heidän saamaa tietoa ilokaasusta, kipulääkkeistä, epiduraali-, spinaali- ja kohdunkaulanpuudutuksesta.

Eniten tietoa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä oli saatu epiduraalipuudutuksesta. Vastaajista paljon tai erittäin paljon tietoa epiduraalipuudutuksesta oli saanut runsas 40 % vastaajista. Kohtalaisesti tietoa kyseisestä menetelmästä oli saanut niin ikään 40 %. (taulukko 2) Menetelmistä toiseksi eniten tietoa oli saatu ilokaasusta. Valtaosa vastaajista oli saanut tietoa ilokaasusta kohtalaisesti (noin 40 %) tai paljon/erittäin paljon (noin 24 %). Kohdunkaulanpuudutuksesta vastaajat olivat saaneet tietoa kolmanneksi eniten. Kohtalaisesti tietoa tästä menetelmästä oli saanut noin 40 % ja paljon 23 %. Joka kolmas vastaaja oli saanut vähän tai ei lainkaan tietoa kohdunkaulanpuudutuksesta. (taulukko 2)

Vähiten lääkkeellisistä menetelmistä tietoja oli saatu spinaalipuudutuksesta ja kipulääkkeistä. Lähes puolet (47 %) vastaajista oli saanut vähän tai ei lainkaan tietoa spinaalipuudutuksesta. Ainoastaan joka viides vastaaja ilmoitti saaneensa paljon tai erittäin paljon tietoa menetelmästä. Suurin osa, 66 % vastaajista ilmoitti, että oli saanut kipulääkkeistä vähän tai ei lainkaan tietoa. Vain vajaa 28 % ilmoitti saaneensa menetelmästä kohtalaisesti tietoa. (taulukko 2)

Kun tarkastellaan lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä ja tiedonsaantia kokonaisuutena, havaitaan, että vastaajista keskimäärin runsas 40 % oli saanut

tietoa menetelmistä vähän tai ei lainkaan, 36 % kohtalaisesti (taulukko 2). Vain joka neljäs vastaaja ilmoitti saaneensa lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä paljon tai erittäin paljon tietoa.

Taulukko 2. Ensisynnyttäjien tiedonsaanti (% , n) lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä.

	En ollenkaan	Vähän	Kohtalaisesti	Paljon	Erittäin paljon
Ilokaasu	2,1 (1)	31,9 (15)	40,4 (19)	23,4 (11)	2,1 (1)
Kipulääkkeet	23,4 (11)	42,6 (20)	27,7 (13)	6,4 (3)	0,0 (0)
Epiduraalipuudutus	4,3 (2)	14,9 (7)	40,4 (19)	31,9 (15)	8,5 (4)
Spinaalipuudutus	10,6 (5)	36,2 (17)	31,9 (15)	19,1 (9)	2,1 (1)
Kohdunkaulanpuudutus	10,6 (5)	25,5 (12)	40,4 (19)	19,1 (9)	4,3 (2)
Yhteensä (ka)	10,2 (5)	30,2 (14)	36,2 (17)	20,0 (9)	3,4 (2)

Toisessa kysymyksessä kysyttiin millaisista lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ja miten paljon ensisynnyttäjät olivat saaneet tietoa. Lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä selvitettiin ensisynnyttäjien saamaa tietoa aqua-rakkuloista, hengitystekniikasta, vedestä, asennoista ja liikkumisesta, hieronnasta ja ihokosketuksesta, rentoutumisesta, rentoutumisen apuvälineistä, akupunktiosta,- painannasta ja –hieronnasta, äänistä sekä lämpöhoidosta.

Eniten tietoa lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä vastaajat olivat saaneet lämpöhoidosta. Joka kolmas vastaaja ilmoitti saaneensa paljon tai erittäin paljon tietoa, ja joka kolmas kohtalaisesti tietoa tästä menetelmästä. Vähän tai ei lainkaan tietoa ilmoitti saaneensa niin ikään joka kolmas vastaaja. (taulukko 3) Vedestä kivunlievitysmenetelmänä tutkimukseen osallistuneet olivat saaneet toiseksi eniten tietoa. Suurin osa vastanneista (43 %) oli saanut tietoa vedestä kohtalaisesti, noin 30 % vähän tai ei lainkaan. Kolmanneksi eniten vastaajat olivat saaneet tietoa rentoutumisen apuvälineistä; lähes 30 % ilmoitti saaneensa tietoa

aiheesta paljon tai erittäin paljon, kun taas 38 % vähän tai ei lainkaan. (taulukko 3)

Seuraavaksi eniten tietoa oli saatu asennoista ja liikkumisesta, jossa paljon tai erittäin paljon tietoa ilmoitti saaneensa joka neljäs vastaaja. Viidenneksi eniten tietoa oli saatu rentoutumisesta, jossa paljon tai erittäin paljon ilmoitti tietoa saaneensa joka kolmas vastaaja, sekä hieronnasta ja ihokosketuksesta, jossa joka viides ilmoitti saaneensa paljon tai erittäin paljon tietoa. Näistä kaikista menetelmistä tietoa ei lainkaan tai vähän oli saanut 39–51 % vastaajista. (taulukko 3)

Vähiten lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä vastaajat olivat saaneet tietoa aqua-rakkuloista, hengitystekniikasta, äänistä sekä akupunktiosta, -painannasta ja – hieronnasta. Aqua-rakkuloista lähes puolet vastanneista ei ollut saanut tietoa lainkaan tai vähän, vain joka viides ilmoitti saaneensa tietoa paljon tai erittäin paljon. Hengitystekniikasta ilmoitti joka neljäs saaneensa tietoa kohtalaisesti, ja yli puolet ei lainkaan tai vähän. Äänistä niin ikään noin joka neljäs oli saanut kohtalaisesti, ja puolet vähän tai ei lainkaan tietoa synnytyksen kivunlievittäjänä. Akupunktiosta, -painannasta ja – hieronnasta jopa 83 % tutkimukseen osallistuneista oli saanut vähän tai ei lainkaan tietoa aiheesta, ainoastaan runsas 4 % vastaajista ilmoitti saaneensa paljon tai erittäin paljon tietoa. Avoimeen kysymykseen yksi vastaaja raportoi saaneensa muusta lääkkeettömästä kivunlievitysmenetelmästä tietoa. Vastaaja oli saanut puolison tuesta paljon tietoa. (taulukko 3)

Kun tarkastellaan lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä kokonaisuutena, havaitaan, että vastaajista lähes 50 % oli saanut tietoa eri menetelmistä vähän tai ei lainkaan, 29 % kohtalaisesti (taulukko 3). Joka viides vastaaja ilmoitti saaneensa lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä paljon tai erittäin paljon tietoa.

Taulukko 3. Ensisynnyttäjien tiedonsaanti (% , n) lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä.

	En ollenkaan	Vähän	Kohtalaisesti	Paljon	Erittäin paljon
Aqua-rakkula	25,5 (12)	23,4 (11)	29,8 (14)	21,3 (10)	0,0 (0)
Hengitystekniikka	25,5 (12)	34,0 (16)	25,5 (12)	12,8 (6)	2,1 (1)
Vesi	6,4 (3)	23,4 (11)	42,6 (20)	23,4 (11)	4,3 (2)
Asennot ja liikkuminen	8,5 (4)	29,8 (14)	34,0 (16)	25,5 (12)	2,1 (1)
Hieronta ja ihokosketus	4,3 (2)	46,8 (22)	29,8 (14)	14,9 (7)	4,3 (2)
Rentoutuminen	8,5 (4)	40,4 (19)	25,5 (12)	23,4 (11)	2,1 (1)
Rentoutumisen apuvälineet	10,6 (5)	27,7 (13)	31,9 (15)	25,5 (12)	4,3 (2)
Akupunktio,-painanta, - hieronta	53,2 (25)	29,8 (14)	12,8 (6)	4,3 (2)	0,0 (0)
Äänet	23,4 (11)	38,3 (18)	23,4 (11)	12,8 (6)	2,1 (1)
Lämpöhoito	8,5 (4)	25,5 (12)	31,9 (15)	23,4 (11)	10,6 (5)
Yhteensä (ka)	17,4 (8)	31,9 (15)	28,7 (13)	18,7 (9)	3,2 (2)

8.3 Ensisynnyttäjien kokema tiedonsaannin tärkeys

Kyselylomakkeen viidennessä ja kymmenennessä kysymyksessä selvitettiin miten tärkeänä ensisynnyttäjät kokivat, että heille kerrotaan synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä äitiyshuollossa.

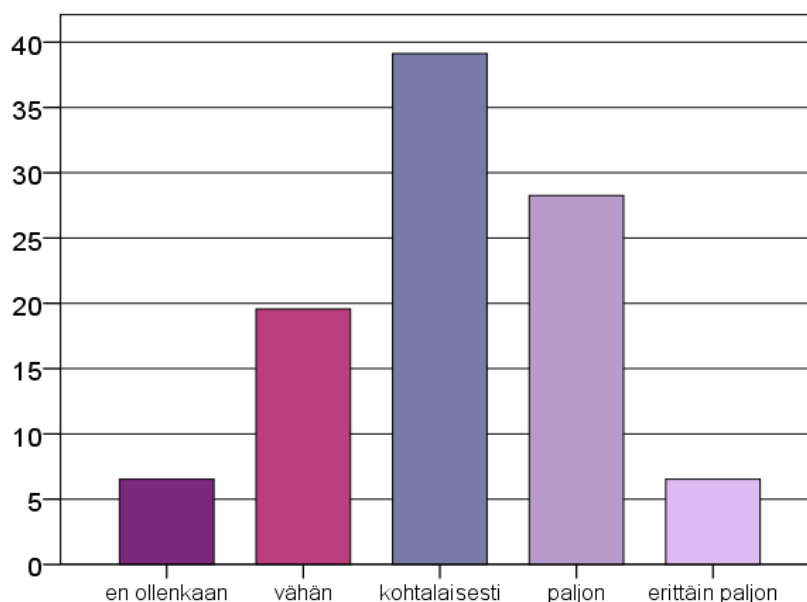
Ensimmäisessä kysymyksessä tiedusteltiin miten tärkeää ensisynnyttäjien mielestä oli saada tietoa, ohjausta ja neuvontaa synnytyskivun hallintamenetelmistä. Suurin osa (47 %) vastanneista piti tiedon, ohjauksen ja neuvonnan saantia erittäin tärkeänä, 40 % tärkeänä ja 13 % kohtalaisen tärkeänä. Kukaan vastanneista ei pitänyt tiedon, ohjauksen ja neuvonnan saantia vähemmän tärkeänä tai ei lainkaan tärkeänä.

Toisessa kysymyksessä selvitettiin miten tärkeää ensisynnyttäjien mielestä on se, että synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä kerrotaan äitiyshuollossa. Vastaajista yli puolet (57 %) pitivät kertomista erittäin tärkeänä, 28 % tärkeänä ja 15 % kohtalaisen tärkeänä. Kukaan ei pitänyt kertomista vähemmän tärkeänä tai ei lainkaan tärkeänä.

8.4 Ensisynnyttäjien kokema tyytyväisyys tiedonsaantiin

Ensisynnyttäjien tyytyväisyyttä äitiyshuollon antamaan tietoon synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä selvitettiin kahden kysymyksen avulla. Ensimmäisessä kysymyksessä selvitettiin miten tyytyväisiä vastaajat kokonaisuudessaan olivat äitiyshuollon antamaan tietoon. Vastaajat saivat valita heitä parhaiten kuvaavan vaihtoehdon viidestä vaihtoehdosta. Kuviosta 3. ilmenee vastaajien tyytyväisyys tiedonsaantiin.

Suurin osa (39,1%) vastaajista oli tiedonsaantiin kohtalaisen tyytyväisiä. Paljon tai erittäin paljon tyytyväisiä oli tutkimukseen osallistuneista 34,8%. Vähän tai ei lainkaan tyytyväisiä oli 26,1%.



Kuvio 3. Ensisynnyttäjien tyytyväisyys (%) äitiyshuollon antamaan tietoon synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä (n=47).

Toisessa kysymyksessä vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä miten tiedonsaantia synnytyskivunlievitysmenetelmistä voisi heidän mielestään parantaa. Kysymykseen oli vastannut 34 henkilöä.

Ensisynnyttäjien mielestä tiedonsaanti paranisi lisäämällä suullista tiedonantoa kivunlievitysmenetelmistä. Tätä mieltä oli kolmesta vastaajasta 34:stä. Vastaajista yhdeksän kokisi tiedonsaannin paranevan jakamalla aiheesta materiaalia.

”Käymällä menetelmät suullisesti läpi..”

”..kertoa ainakin yleisimmät hyvät ja huonot puolet.”

”..asioita pitäisi kerrata äitiysneuvolakäynneillä synnytysvalmennuksen lisäksi.”

”Neuvolakäynneillä loppuvaiheessa enemmän tietoa..”

Kuuden vastaajan mielestä laajemman perhevalmennuksen toteuttaminen olisi hyvä keino parantaa tiedonsaantia. Vastanneista kaksi oli sitä mieltä, että muiden synnytyskokemusten kuuleminen olisi hyvä parannuskeino.

”Synnytysvalmennuksessa voisi yksi kokoontumiskerta olla sellainen, jossa näitä käytäisiin läpi.”

”Perhevalmennuksessa aiheeseen voisi enemmän paneutua...”

Yhden vastanneen mielestä luennon pitäminen aiheesta parantaisi äitiyshuollon antamaa tietoa kivunlievitysmenetelmistä. Yksi vastaaja puolestaan nosti esille, että aiheesta voitaisiin antaa Internet-osoitteita joista voisi tutustua omatoimisesti

menetelmiin. Kaksi vastaajaa kokivat, ettei parannettavaa äitiyshuollon antamisessa tiedoissa synnytyksen kivunlievitysmenetelmissä ole.

Ensisynnyttäjien kuvailemat parannuskeinot tiedonsaantiin on esitetty liitteessä 3. jossa kuvaillaan analyysiprosessi.

9. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten perusteella äitiyshuollon toimintaa tulisi kehittää

1. Tiedonantoa lisäämällä lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä.
2. Jakamalla tasapuolisesta informaatiota kaikista kivunlievitysmenetelmistä.

Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että tiedonsaantia synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä tulisi äitiyshuollossa lisätä. Tiedonannon lisääminen on tärkeää, sillä ensisynnyttäjät pitivät sitä tärkeänä asiana ja saatujen tulosten mukaan tiedonsaanti on ollut varsin alhaista monien menetelmien kohdalla. Erityisesti äidit pitivät suullisen tiedonsaannin lisäämistä tärkeänä asiana.

10. POHDINTA

10.1 Yhteenveto

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisista kivunlievitysmenetelmistä ja miten paljon ensisynnyttäjät saavat tietoa. Tutkimuksella pyrittiin myös selvittämään miten tärkeänä ensisynnyttäjät pitävät tiedonsaantia ja miten tyytyväisiä he ovat tiedonsaantiin. Aihetta ei aiemmin ole tutkittu, joten aiempia tuloksia ei ole saatavilla.

Tulosten mukaan ensisynnyttäjät olivat saaneet lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä eniten tietoa epiduraalipuudutuksesta. Se saattaa johtua siitä, että se on tehokkain synnytysanalgesiumuoto ja puuduteainetta voidaan antaa helposti lisää. Ensisynnyttäjät yleensä tarvitsevat myös enemmän kivunlievitystä kuin uudelleensynnyttäjät. Vähiten tietoa vastaajat olivat saaneet spinaalipuudutuksesta ja kipulääkkeistä. Tämä puolestaan saattaa johtua siitä, ettei spinaalipuudutteessa voida antaa lisäännosta, sillä se on kertapuudute ja kipulääkkeet soveltuvat ainoastaan synnytyksen alkuvaiheen kivunlievitykseen.

Lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä eniten tietoa oli saatu lämpöhoidosta ja vedestä sekä vähiten akupunktiosta, -painannasta ja -hieronnasta. Lämpöhoito ja vesi ovat keinoja, jotka ovat helposti toteutettavissa olevia sekä niitä voi kokeilla kipujen lievitykseen jo kotona ennen sairaalaan menoa. Tämä saattaa olla eräs syy, miksi niistä on saatu eniten tietoa äitiyshuollossa. Vähiten tietoa oli saatu akuhoidoista, joka puolestaan voi johtua siitä, ettei äitiyshuollossa työskentelevillä ole runsasta tietoa aiheesta eikä välttämättä myöskään taitoa toteuttaa kyseisiä menetelmiä.

Tarkasteltaessa lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä sekä tiedonsaantia kokonaisuutena ilmenee, että tiedonsaanti valtaosalla ensisynnyttäjistä oli vähäistä tai he eivät olleet lainkaan saaneet tietoa. Ainoastaan joka neljäs oli saanut paljon tai erittäin paljon tietoa lääkkeellisistä menetelmistä. Lääkkeettömistä

kivunlievitysmenetelmistä tiedonsaanti oli melkein puolella vastaajista vähäistä tai he eivät olleet saaneet lainkaan tietoa eri menetelmistä. Vain joka viides vastaaja oli ilmoittanut saaneensa paljon tai erittäin paljon tietoa. Tulokset saattavat johtua siitä, että ensisynnyttäjät saavat tietoa eniten synnytysvalmennuksen yhteydessä. Silloin tietoa saadaan yhdellä kertaa liian paljon, jolloin kaikkia asioita on vaikea sisäistää ja osa tiedosta unohtuu. Kivunlievitysmenetelmistä olisi hyvä keskustella myös normaalien neuvolakäyntien yhteydessä mikäli äiti kokee sen tarpeelliseksi.

Tiedonsaantia valtaosa ensisynnyttäjistä piti erittäin tärkeänä. Kukaan tutkimukseen osallistuneista ei ilmoittanut kokevansa tiedonsaantia vähemmän tärkeänä tai ei lainkaan tärkeänä. Kivunlievitysmenetelmiin tutustuminen on tapa valmentautua synnytykseen ja sen vuoksi ensisynnyttäjät pitivät tiedonsaantia tärkeänä asiana. Oikean ja asiallisen tiedonsaaminen käytettävissä olevista kivunlievitysmenetelmistä poistaa myös synnytykseen liittyviä pelkoja.

Suurin osa ensisynnyttäjistä oli äitiyshuollon antamaan tietoon kivunlievitysmenetelmistä kohtalaisen tyytyväisiä. Ensisynnyttäjien mielestä tiedonsaantia voitaisiin parantaa esimerkiksi jakamalla materiaalia aiheesta. Parannusehdotuksina annettiin myös muun muassa suullisen tiedonannon lisääminen ja laajemman perhevalmennuksen toteuttaminen. Vastaajien kohtalainen tyytyväisyys tiedonsaannista kertoo, että parantamisen varaa tiedonannossa on.

10.2 Tutkimustulosten luotettavuus

Tutkimusta tehtäessä pyritään virheiden syntymistä välttämään, mutta silti tulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat. Sen vuoksi tehdyn tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Tutkimuksen reabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä tuottaa ei- sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Tutkimuksen arvioinnissa käytetään myös käsitettä validius eli pätevyys. Se tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin niin, että saataisiin vastauksia tutkimusongelmiin, joita haluttiin lähteä selvittämään. Tutkimuksen validiteettia paransi se, että kyselylomake perustui kirjallisuuskatsaukseen, ja lomakkeen sisältöä arvioi ennen sen käyttöönottoa kokenut äitiyshuollon- ja naistenhoitotyön opettaja. Kyselylomakkeet myös esiteltiin ennen käyttöönottoa viidellä henkilöllä. Esitestauksen seurauksena kahden kysymyksen muotoa muutettiin selkeämmiksi, jotta tutkittavat ymmärtäisivät heille esitetyt kysymykset niin kuin on tarkoitettu. Lomakkeessa esitetyt kysymykset ovat kaikki pyritty esittämään mahdollisimman selkeällä kielellä, jolloin vältettäisiin väärinymmärryksiä, jotka heikentävät saatujen tulosten luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että tehty tutkimus on kokonaistutkimus ja kohderyhmän määrää voidaan pitää kohtuullisen suurena ($n=79$). Toisaalta tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki vuoden 2009 ensisynnyttäjät, joka saattaa heikentää saatujen vastausten luotettavuutta. Ongelmaksi saattaa nousta se, etteivät alkuvuodesta esikoisensa synnyttäneet välttämättä täsmällisesti muista äitiyshuollosta saamaansa informaation määrää ja näin ollen saatetaan saada vääristyneitä tuloksia.

Vastausprosentiksi tutkimuksesta saatiin 59,5, jota voidaan luotettavuuden kannalta pitää heikkona. Tutkimuksen kadoksi jäi tällöin 40,5 prosenttia. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan kuitenkin pitää suuntaa-antavina. Vastausprosenttia oltaisiin saatu kasvatettua lähettämällä uusintakyselyt henkilöille, jotka eivät vastanneet tutkimukseen. Ajan vähyys vuoksi uusintakyselyitä ei kuitenkaan suoritettu, sillä tiedonkeruuseen olisi kulunut tällöin liikaa aikaa.

Huonoin vastausprosentti saatiin Isostakyröstä. Vastausprosentin pieneen määrään Isossakyrössä saattaa vaikuttaa, että tutkimuksen kohderyhmä sai

kyselylomakkeet neuvoloiden henkilökunnan kautta. Huonoon vastausprosenttiin saattaa vaikuttaa myös se, että alkuvuodesta synnyttäneiden neuvolakäynnit ovat olleet paljon harvemmin kuin loppuvuodesta synnyttäneiden.

Kyselytutkimusten heikkouksina yleisesti ottaen voidaan pitää aineiston pinnallisuutta ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. Kyselytutkimusten haittoina voidaan pitää myös sitä, ettei ole mahdollista varmistua vastanneiden suhtautumista tutkimukseen, eli ovatko vastaajat vastanneet heille esitettyihin kysymyksiin huolellisesti ja rehellisesti. Kyselytutkimuksissa väärinymmärryksiä on myös hankala kontrolloida, sillä ei voida olla täyttä selvyyttä kysymysvaihtoehtojen onnistuneisuudesta vastaajan näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään vastaajien suhtautumista heille esitettyihin kysymyksiin esittämällä samaa asiaa mittaava kysymys eri muotoisena kahdessa eri kyselylomakkeen kohdassa (kysymykset 5 ja 10). Saaduissa vastauksissa ilmeni pieniä eroja, joka viittaa siihen ettei vastaajat ole välttämättä vastanneet heille esitettyihin kysymyksiin täysin rehellisesti ja huolellisesti. Vastauksissa ei kuitenkaan ilmennyt suuria eroja, joten vastauksia voidaan pitää suuntaa-antavina.

10.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen tekoon haettiin eettisen lautakunnan lupa, sillä tutkimus kohdistui äitiysneuvolan asiakkaisiin. Lupa Seinäjoen kaupungilta saatiin joulukuussa 2009 ja Vaasan kaupungilta tammikuussa 2010. Myönteisen luvan jälkeen tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella.

Tieteellisen toiminnan ytimenä voidaan pitää tutkimuksen eettisyyttä. Pietarinen (2002) on esittänyt eettisiksi vaatimuksiksi: älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden, rehellisyyden, vaarojen eliminoimisen, ihmisarvon kunnioittamisen, sosiaalisen vastuun ja ammatinharjoituksen edistämisen sekä kollegiaalisen arvostuksen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Tutkimuksen osallistumisen yhtenä lähtökohtana on itsemääräämisoikeus. Osallistumisen tulee olla aidosti vapaaehtoista ja tutkimustoiminnassa on turvattava mahdollisuus kieltäytymiseen. Tutkimukseen osallistuvilla on annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan ja keskeyttää tutkimus. Tutkimukseen osallistumista ei saa aiheuttaa tutkittavalle uhkaa, mutta osallistumista ei myöskään saa palkita. Tämän vuoksi saatekirjeen on oltava sävyiltään neutraali ja asiallinen. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 177.) Tutkimuksen saatekirje (Liite 1) pyrittiin tekemään mahdollisimman asialliseksi ja neutraaliksi. Siinä mainittiin mistä aiheesta tutkimus tullaan tekemään, jotta tutkimukseen osallistujat tietävät mihin tulevat osallistumaan. Saatekirjeessä mainittiin myös osallistumisen vapaaehtoisuudesta, vastausten luottamuksellisuudesta sekä siitä, että vastauksia tullaan hyödyntämään ainoastaan tämän tutkimuksen tekemiseen. Tutkittaville annettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä antamalla sähköpostiosoite, johon he halutessaan saivat ottaa yhteyttä. Tutkittavien osallistumista tutkimukseen ei palkittu mitenkään, ja he saivat itse päättää tutkimukseen osallistumisesta vastaamalla ja palauttamalla kyselylomake.

Tutkimusta tehdessä tulee epärehellisyttä välttää kaikissa työn vaiheissa. Toisten tekstien plagiointi, toisten tutkijoiden vähätteleminen, itseplagiointi, tulosten kritiikittömä yleistäminen, tuloksien sepittäminen, puutteellinen tai harhaanjohtava raportointi sekä tutkimukseen myönnettyjen määrärahojen väärinkäyttö ovat keskeisiä periaatteita, jotka on otettava huomioon kaikissa tieteellisissä toiminnassa. (Hirsjärvi ym. 2009, 26-27.) Tutkimusta tehdessä on pyritty rehellisyyteen kaikissa työn vaiheissa ottamalla huomioon edellä mainitut periaatteet ja noudattamalla niitä mahdollisimman hyvin. Tekstissä käytetyt lähteet on pyritty kirjoittamaan mahdollisimman täydellisesti, jotta lukija pystyy halutessaan löytämään käytetyn lähteen. Tutkimuksessa käytettyjen lähteiden valinnassa on pyritty tarkastelemaan niitä kriittisesti.

Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan. Tutkimuksen tiedonkeruu tapahtui neuvoloiden välityksellä, jolloin tutkittavien

henkilötiedot eivät tulleet tutkittavan tietoon missään tutkimuksen vaiheessa. Myöskään kyselylomake ei sisältänyt kohtia, joista tutkittavien henkilöllisyys olisi voinut paljastua. Tutkimustulosten tallennusvaiheessa kyselylomakkeet koodattiin, jotta tulokset voitaisiin vielä tarkistaa ennen analysointia ja välttyttäisiin virheiltä. Käytetyt koodit olivat ainoastaan tutkijan tiedossa. Koodit ja kyselylomakkeet tuhottiin asianmukaisella tavalla, kun tutkimus oli saatu päätökseen.

10.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä äitiyshuollon kivunlievityksestä annettavaa neuvontaa. Tutkimus antaa tietoa siitä, miten tyytyväisiä ensisynnyttäjät tällä hetkellä Kyrönmaalla ovat tiedonsaantiin ja miten tärkeänä äidit kokevat kivunlievitysmenetelmistä informoimisen. Tutkimuksen kautta saadaan tietoa myös millaisista menetelmistä ja miten paljon ensisynnyttäjät ovat tietoa saaneet.

Jatkotutkimusaiheiksi ehdotetaan:

- Kivunlievitysmenetelmien tiedonsaannin yhteys synnytyspelon lievittymiseen
- Tiedonsaannin ja tyytyväisyyden parantaminen kivunlievitysmenetelmistä kertovien esitteiden avulla
- Ovatko isät parempia tukijoita synnytyksen aikana, mikäli he saavat tietoa menetelmistä, joilla he voivat helpottaa synnyttäjän oloa?
- Paraneeko äitien tilanteenhallinta synnytyksen aikana, jos järjestetään kattavampia perhevalmennuksia, joissa kerrotaan enemmän kivunlievitysmenetelmistä?

LÄHTEET

Ahonen Jouni, Tarvonen Mikko, Sainio Susanna 2009. Typpioksiduuli synnytyskivun hoidossa. Duodecim. Vol. 125, nro 10, 1060-1068.

Armanto Annukka, Koistinen Paula 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki. Tammi.

Bjålie Jan G., Haug Egil, Sand Olav, Sjaastad Oystein, Toverud Kari C 2007. Ihminen anatomia ja fysiologia. Helsinki. WSOY

Chang, M., Wang, S. & Chen, C. 2002. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. Journal of Advanced Nursing. Vol.38, nro 1, 68- 73.

Eskola, Hytönen 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1 p. Helsinki. WSOY.

Finlex 1994. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi työsopimuslain 34 §:n muuttamisesta. [online]. [viitattu 15.1.2010]. Saatavilla www-muodossa : <URL: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/1994/19940108?search%5Bpika%5D=%C3%A4ityshuollon%20palvelu%2A&search%5Btype%5D=pika#highlight0>>.

Haapio Sari, Koski Kirsti, Koski Pirjo, Paavilainen Riitta 2009. Perhevalmennus. 1 p. Helsinki. Edita.

Haapio Sari 2009. Synnytysvalmennus sairaalassa. Kätilölehti. Vol.114, nro 1, 6-7.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko, Sajavaara Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15 p. Helsinki. Tammi.

Hirvonen, Hanna 1998. Vesi kannattaa-vesi raskauden ja synnytyksen helpottajana. Helsinki. Kirjayhtymä.

Holkkola, Riina 2007. Musiikki raskauden aikaisen hyvinvoinnin edistäjänä-
varhaisiän musiikkikasvattajan näkökulmasta. Opinnäytetyö.

Holma Liisa, Lehtovirta Maria, Visala Heidi 2009. Synnytysasento-kivun
lievittäjänä tai voimistajana? Opinnäytetyö. Metropolia.

Jaakola Marja-Leena 2008. Synnytyskipu ja sen lääkkeellinen hoito. Kipuviesti:
Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti. Nro 2, 30-33.

Jouppila Pentti, Jouppila Riitta 2005. Synnytysanalgesia puhuttaa jatkuvasti.
Suomen lääkäri-lehti. Vol.60, nro 7, 771.

Kalso Eija, Vainio Anneli 2002. Kipu. 2 p. Jyväskylä. Duodecim.

Kankkunen Päivi, Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä.
WSOY pro Oy.

Karsikas Johanna 2009. Kosketuskokemuksia synnytyksessä. Kätilölehti. Vol.
114, nro 1, 10-12.

Laitinen Jaakko, Laitinen Marjukka 2001. Akupunktio THS. 2 p. Helsinki.
WSOY.

Liukkonen Anja, Heiskanen Päivi, Lahti Anneli, Saarikoski Seppo 1998.
Synnytyskivun lievittäminen. Tampere. Hygieia.

Miettinen, Aila 2009. Synnytusepiduraalipuudutukset Suomessa. Kätilölehti. Vol.
114, nro 4, 21.

Missonen Paula, Väisänen Irja 2008. Synnyttäjän oikeus valita
ponnistusasentonsa. Kätilölehti. Vol.113, nro 2, 58-60.

Moland Monica, Blikstad Eivind, Oian Pål 2009. Vauvan syntymä. 4p. Helsinki.
Copyright.

Nuutila Mika, Halonen Pekka 2003. Synnytyksen toisen vaiheen kivun hoito. *Finnanest.* Vol. 36, nro 1, 49-51.

Nylund Johanna, Tunnela Anna, Valtonen Tiina 2009. Lääkkeetön kivunlievitys
kättilöiden näkökulmasta. Kättilölehti. Vol. 114, nro 1, 13-15.

Pikkarainen Maarit, Rintala Paula, Sillankorva Jaana 2005. Ponnistusasennon valinta kätilötyön haasteena. Kätilölehti. Vol.110, nro 4, 166-167.

Raussi-lehto Eija, Melender Hanna-Leena 2008. Ei-lääkkeellinen kivunhallinta synnytyksessä. Kipuviesti: Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti. Nro 2. 35-37.

Rautaparta, Malla 2008. Hengitys, raskaus ja synnytys. Kättilölehti. Vol.113, nro 2. 61-63.

Sailo Eriikka, Vartti Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Tampere. Tammi.

Salanterä Sanna, Hagelberg Nora, Kauppila Marjo, Närhi Matti 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Sarvela Johanna, Viitanen Hanna, Toivonen Hannu 2009. Synnytyskipu-
anestesiaalääkärin opas potilaalle [online]. Terveyskirjasto. Päivitetty 13.5.2009
[viitattu 29.10.2009]. Saatavilla www-muodossa:
<URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00904
>.

Sarvela Johanna, Nuutila Mika 2009. Duodecim. Synnytyskipu. Vol. 125, nro 17,

1881-1888.

Silvola Tuula 2009. Akupunktio kivun lievittäjänä synnytyksen aikana. Kättilölehti. Vol. 108, nro 3, 111-112.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Askel kohti saumattomuutta- joustavaa palvelua äitiyshuollossa. [online]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 13.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa:URL:http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/neuvola/askel.htm](http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/neuvola/askel.htm)>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a. Perhepolitiikka Suomessa. [online]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006:12. [viitattu 13.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7153.pdf>](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7153.pdf).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007-2010. [online]. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:83. [viitattu 16.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3810.pdf>](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3810.pdf).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. [online]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:37. [viitattu 16.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://pre20090115.stm.fi/aa1221728351442/passthru.pdf>](http://pre20090115.stm.fi/aa1221728351442/passthru.pdf).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvolat. [online]. [viitattu 16.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:](#)

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/neuvolat>.

Stakes 2009. Synnytystoimenpiteitä sairaaloittain Suomessa 2006-2007. Tilastotiedote 27.11.2008 [online]. [viitattu 12.12.2009]. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <URL: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt32_08.pdf>

Tiitinen, Aila 2009 a. Normaali synnytys. [online]. Terveyskirjasto. Päivitetty 18.10.2009 [viitattu 11.11.2009]. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160>.

Tiitinen, Aila 2009 b. Äitiysneuvolaseuranta. [online]. Terveyskirjasto. Päivitetty 18.10.2009 [viitattu 13.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00186>.

Tuomi Jouni, Sarajärvi Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6 p. Helsinki. Tammi.

Viitanen Hanna, Porthan Leea 2002. Synnytyskivun lievitys Seinäjoen keskussairaalan synnytysosastolla. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Julkaisuraportti B. Seinäjoen keskussairaala.

Viitanen, Hanna 2002. Spinaalipuudutus synnytyskivun hoidossa. Finnanest. Vol.35, nro 3, 247-249.

Vuori Hilikka-Liisa 2003. Äänenkäyttö apuna synnytyksessä eli synnytyslaulu. Kätilölehti. Vol.108, nro 4, 145-146.

Ylikorkala Olavi, Kauppila Antti 2004. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki. Duodecim.

Hyvä vastaaja !

Olen kolmannen vuoden terveydenhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta, ja teen opinnäytetyötä aiheesta ” Ensisynnyttäjien kokema tiedonsaanti synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä äitiyshuollossa Kyrönmaalla”.

Kerään tutkimusaineistoa opinnäytetyöhöni oheisen kyselylomakkeen avulla. Vastaukset tulen käsittelemään luottamuksellisesti ja kunnioittavasti. Saatuja vastauksia tulen käyttämään ainoastaan opinnäytetyöni kokoamiseen.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimustulosten kannalta olisi kuitenkin hyvä, mikäli mahdollisimman moni kyselyn saaneista vastaisi siihen, ja palauttaisi sen minulle oheisella palautuskuorella.

Toivonkin nyt, että pystyisitte vastaamaan oheiseen kyselyyn ja palauttaisitte sen minulle postitse viimeistään kahden viikon kuluttua siitä kun olette saaneet sen neuvolastanne.

Mikäli teille nousee kysyttävää kyselylomakkeesta, voitte ottaa minuun yhteyttä sähköpostitse alla olevaan osoitteeseen.

Ystävällisin terveisin

Maija Allila (e0700304@puv.fi)

Suuret kiitokset vaivannäöstä ja hyvää jatkoa!

LIITE 2

KYSELYLOMAKE ÄIDEILLE!

päivämäärä

1. Ikäsi _____

2. Asuinkuntasi _____ Laihia _____ Isokyrö _____ Vähäkyrö _____

3. Kävit äitiysneuvolassa (missä?) _____

4. Lapsesi syntymäaika _____

5. Miten tärkeää on mielestäsi saada tietoa, ohjausta ja neuvontaa synnytyskivun hallintamenetelmistä?
Ympyröi sinua parhaiten kuvaava vaihtoehto.

ei tärkeää vähemmän tärkeää kohtalaisen tärkeää tärkeää erittäin tärkeää

6. Minkä verran sait tietoa seuraavista lääkkeellisistä synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä äitiyshuollosta (esim. äitiysneuvolakäynneiltä, perhevalmennuksesta, pelkopoliklinikalta jne.)? Arvioi asteikolla 1-5.

	en ollenkaan	vähän	kohtalaisesti	paljon	erittäin paljon
Ilokaasu	1	2	3	4	5
Kipulääkkeet (esim. petidiini, tramadoli)	1	2	3	4	5
Epiduraalipuudutus	1	2	3	4	5
Spinaalipuudutus	1	2	3	4	5
Kohdunkaulanpuudutus (PCB)	1	2	3	4	5
Jostain muusta, mistä?	1	2	3	4	5

7. Miten tiedonsaantia eri synnytyskivunlievitysmenetelmistä voisi mielestäsi parantaa äitiyshuollossa?

LIITE 2

8. Minkä verran sait tietoa seuraavista lääkkeettömistä synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä äitiyshuollosta (esim. äitiysneuvolakäynneiltä, perhevalmennuksesta, pelkopoliiklinikalta jne.)? Arvioi asteikolla 1-5.

	en ollenkaan	vähän	kohtalaisesti	paljon	erittäin paljon
Aqua- rakkulat	1	2	3	4	5
Hengitystekniikka	1	2	3	4	5
Vesi (esim. kylpy)	1	2	3	4	5
Asennot ja liikkuminen	1	2	3	4	5
Hieronta ja ihokosketus	1	2	3	4	5
Rentoutuminen	1	2	3	4	5
Rentoutumisen apuvälineet (esim. jumppapallo, keinu-tuoli)	1	2	3	4	5
Akupunktio,-painanta, -hieronta,	1	2	3	4	5
Äänet (esim. musiikin kuuntelu)	1	2	3	4	5
Lämpöhoito (esim.kau-ratyynyt)	1	2	3	4	5
Jostain muusta, mistä?	1	2	3	4	5

9. Kokonaisuudessaan olen tyytyväinen äitiyshuollosta saamaani tietoon synnytyksen kivunlievitysmenetelmistä. Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto.

en ollenkaan vähän kohtalaisesti paljon erittäin paljon

10. Mielestäni on tärkeää, että synnytyskivunlievitysmenetelmistä kerrotaan äitiyshuollossa. Ympyröi sinua parhaiten kuvaava vaihtoehto.

ei tärkeää vähemmän tärkeää kohtalaisen tärkeää tärkeää erittäin tärkeää

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Taulukko 4. Sisällönanalyysi

	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Miten tiedonsaantia voisi parantaa äitiyshuollossa?	"..esite voisi olla hyvä"	Kirjallisen materiaalin jakaminen	Materiaalin jakaminen
	"Jakamalla materiaalia..."		
	".. esim. esitteitä."		
	"..tietoa kotiin luettavaksi."		
	"Esitteiden avulla.."		
	"..tietoa erillisellä paperilla."		
	"Esitteillä."		
	"Jakamalla tietopaketti (luettavassa muodossa)..."		
	"..kirjallista tietoa kotiin..."		
	"...osoitteita netistä..."	Internet-osoitteiden antaminen aiheesta	Internet- osoitteiden jakaminen
	"Kertoa enemmän.."		
	"Käymällä menetelmät suullisesti läpi..."		
	"..kertoa ainakin yleisimmät hyvät ja huonot puolet."	Suullinen tiedonsaanti	Suullinen tiedonanto
	"Kerrottais enemmän suullisesti..."		
	"aiheesta puhuttaisiin..."		
	"..kertoa enemmän..."		
	"Riskeistä voisi kertoa enemmän.."		

	<p>”Neurolakäynneillä enemmän tietoa...”</p> <p>”Neurolakäynneillä loppuvaiheessa enemmän tietoa...”</p> <p>”Neurolakäynneillä pitäisi käydä enemmän läpi...”</p> <p>”..asioita pitäisi kerrata äitiysneurolakäynneillä synnytysvalmennuksen lisäksi.”</p> <p>”.. tietoa jo neurolakäynneillä, ei ainoastaan perhevalmennuksessa.”</p> <p>”Keskustella enemmän kahden kesken neurolakäynneillä...”</p> <p>”Kuulemalla muiden kokemuksia..”</p> <p>”..valmennuksessa äitejä, jotka kertoisivat kokemuksia...”</p> <p>”Perhevalmennuksessa oli hyvä saada enemmän tietoa.”</p> <p>”Perhevalmennuksessa enemmän tietoa.”</p> <p>”Valmennuksessa oma osio...”</p> <p>”Synnytysvalmennuksessa voisi yksi kokoontumiskerta olla sellainen, jossa näitä käytäisiin läpi.”</p> <p>”Perhevalmennuksessa</p>	<p>Muiden synnyttäjien kokemusten kuuleminen</p> <p>Perhevalmennuksessa enemmän tietoa kivunlievitysmenetelmistä</p>	<p>Synnytyskokemukset</p> <p>Kattavampi perhevalmennus</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

LIITE 3

	<p>aiheeseen voisi enemmän paneutua...”</p> <p>”Pitää valmennus riittävän ajoissa...”</p> <p>”..ei parannettavaa.”</p> <p>”..liiallista asioiden kertomista tulisi välttää.”</p> <p>”Pitää luento...”</p>	<p>Ei parannettavaa/ Ei tarvitse puhua enempää</p> <p>Luennon pitäminen</p>	<p>Ei parannettavaa</p> <p>Luento aiheesta</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------